FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

THÈSE

N° 533

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jeanne-Marie DANG-VU

Née le 7 Octobre 1936, à Paris-6e

Présentée et soutenue publiquement le 196

Contribution à l'étude de la maladie périodique méditerranéenne avec troubles mentaux

Les maladies périodiques

Président : DE SÈZE, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1965

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jeanne-Marie DANG-VU

Née le 7 Octobre 1936, à Paris-6e

Présentée et soutenue publiquement le 196

Contribution à l'étude de la maladie périodique méditerranéenne avec troubles mentaux

Les maladies périodiques

Président : DE SÈZE, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1965

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudard d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavi... (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.)

Doyen : Gaston CORDIER,

1er assesseur : Daniel BARGETON — 2e assesseur : Paul CASTAIGNE.

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	Delmas (A.)
Anatomie pathologique	Delarue (J.)
Anesthésiologie	Baumann (J.)
Biochimie médicale	Jayle (M.-F.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux sports	Malmejac (J.)
Biologie médicale	Fauvert (R.)
Biophysique médicale	Bugnard (L.)
	Dognon (A.)
	Djourno (A.)
Cancérologie méd. et soc.	Bernard (J.)
Chimie pathologique	Schapira (G.)
Embryologie	Tuchmann (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Joannon (P.)
Histologie	Giroud (A.)
Hygiène et méd. préven.	Boyer (J.)
Médecine du Travail	Desoille (H.)
Médecine légale	Derobert (L.)
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	Fasquelle (R.)
Parasitologie	Brumpt (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	Laurence (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathol. expér. et comparée	Merklen (F.-P.)
Pathologie médicale	Laroche (Cl.)
	Bricaire (H.)
Pathologie respiratoire	Turiaf (J.)
Pathol. et thérap. générales	Deparis (M.)
Pharmacologie	Cheymol (J.)
Physiologie	Bargeton (D.)
	Parrot (J.)
Physiol. et pathol. obstét.	Lepage (F.)
Radiologie médicale	Desgrez (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	Cauchoix (J.)
Thérapeutique	Conte (M.)
Thérapeutique appliquée	Lamotte (M.)

b) Professeurs a titre personnel :

Anatomie anthropologique	Olivier (G.)
Biochimie médicale	Desgrez (P.)
	Polonovski (J.)
Biologie médicale	Bourlière (F.)
Pharmacologie	Lévy (Mlle J.)
Physiologie	Dejours (P.)
Physique médicale	Kellershohn (L.)
	Gougerot (L.)
Radiologie médicale	Fischgold (H.)

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK LEIDEN

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Cliniques :	
— carcinologique chirurg. (Necker)	Redon (H.)
— cardiol. (Broussais)	Soulié (P.)
— chirurgicales : *Beaujon :* Lortat-Jacob (J.-L.); *- Cochin :* Leger (L.); *- Hôtel-Dieu :* Patel (J.); *- Pitié :* Cordier (G.); *- Saint-Antoine :* Gosset (J.); *- Salpêtrière :* Sicard (A.); *- Tenon :* Olivier (Cl.).	
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	Fèvre (M.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin)	Merle d'Aubigné (R.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	Dubost (Ch.)
— chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec)	Mathey (J.)
— endocrinologique (Pitié)	Decourt (J.)
Cliniques :	
— Génétique médicale (Enfants-Malades)	Lamy (M.)
— gynécologique (Broca)	Huguier (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis)	Degos (R.)
— maladies des Enfants (Enfants-Malades)	Turpin (R.)
— maladies infectieuses (Claude-Bernard)	Mollaret (P.)
— maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	Delay (J.)
— malad. métab. (Necker)	Hamburger (J.)
— maladies du sang (Broussais)	Marchal (G.)
— maladies du système nerveux (Salpêtrière)	Castaigne (P.)

liniques :	MM.
- médicales : *Broussais :* Milliez (P.), Lenègre (J.); - *Cochin :* Brouet (G.); - *Hôtel-Dieu :* Bariéty (M.); - *Lariboisière :* Sèze (S. de); - *Pitié :* Dreyfus (G.): - *Saint-Antoine :* Kourilsky (R.), Boudin (G.).	
- d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..	Debray (Ch.)
- médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	Marie (J.)
- médicale propédeutique (Broussais)	Justin-Besançon (L.)
- médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	Derot (M.)
- neuro-chirurgie (Pitié) .	David (M.)
- neurolog. (Salpêtrière)	Garcin (R.)
- obstétricales : *Baudelocque :* Lacomme (M.); - *Foch* (Suresnes) : Merger (R.).	
- obstétricale et gynécol. (Port-Royal)	Varangot (J.)
- ophtalmol. (Hôtel-Dieu)	Renard (G.)
» (Cochin) ..	Offret (G.)
- oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	Aubry (M.)

Cliniques :	MM.
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul)	N...
— pneumo-phtisiologie (Laennec)	Bernard (E.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) . ..	Michaux (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..	Coste (F.)
— stomato. (Salpêtrière) .	Dechaume (M.)
— thérapeutique chirurg. (Vaugirard)	Roux (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	Lemaire (A.)
— toxicologique	Gaultier (M.)
— urologique (Cochin) .	Aboulker (P.)
— chirurg. orthopédique et traumatologique ..	Padovani (P.)
Séméiologie médicale . ..	Domart (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	Poilleux (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	Judet (R.)
Clinique urolog. (Necker)	Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la 1re enfance (Trousseau)	N...

b) Professeurs a titre personnel :

ydrologie et climatologie	Giberton (A.)
laladies infectieuses . ..	Bastin (R.)
to-Rhino-Laryngologie .	Maduro (R.)
neumo-Phtisiologie . ..	Kreis (B.)

Médecine : Azerad (E.); Bour (H.); Lambling (A.); Lhermitte (F.); Pequignot (H.); Perrault (M.); Siguier (F.); Worms (R.).
Rhumatologie .. .. .. Delbarre (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

natomie : MM. Cabrol (C.); Couinaud (C.); Gillot (C.); Hureau (J.).

natomie pathologique : Mlle Gauthier-Villars (P.) *pr. s. ch.* MM. Abelanet (R.); Chomette (G.); Gouygou (Ch.), *pr. s. ch.*; Nezeloff (Ch.); Orcel (L.); Paillas (J.).

nesthésiologie : Mme du Bouchet ; MM. Kern (E.); Vourc'h (G.).

actériologie : MM. Barbier (P.); *pr. s. ch.* ; Christol (D.); Daguet (G.); Le Minor (L.); Tournier (P.).

iochimie médicale : MM. Baulieu (Et.), *m. conf.* ; Bourillon (R.); Cartier (P.), *pr. s. ch.* ; Cornillot (P.); Dreyfus (J.-Cl.); Gonnard (P.); Jérome (H.); Kruh (J.); Legrand (J.-Cl.); Nordmann (J.).

iologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. Plas (F.).

iologie médicale : MM. Benhamou (J.-P.); Boivin (P.); Hartmann (L.), *pr. s. ch.*

arcinologie : MM. Boiron (M.); Denoix (P.); Mathé (G.); Seligmann (M.).

ardiologie : M. Hatt (P.-Y.).

ermato-Syphiligraphie : MM. Civatte (J.); Duperrat (B.); Hewitt (J.); Touraine (R.).

lectro-Radiologie : MM. Heitz (F.), *m. conf.* ; Ledoux-Lebard (G.).

mbryologie : M. Roux (Ch.).

Hématologie : MM. Bessis (M.); Bilski-Pasquier (G.); Dausset (J.); Duhamel (G.).

Histologie : MM. Coujard (R.), *p. s. ch.*; Da Lage; Marois (M.); Racadot (J.); Schramm (B.).

Hydrologie : MM. Besançon (F.); Cornet (A.).

Hygiène : MM. Blancher (G.); Corre-Hurst (Mme L.); Roussel (A.); Sapin-Jaloustre (H.)

Maladies infectieuses : MM. Dupont (V.); Lissac (J.); Rapin (M.).

Maladies métaboliques : MM. Antoine (B.); Crosnier (J.); Richet (G.); Sebaoun (J.).

Médecine légale : MM. Bourguignon (A.); Fournier (E.); Gueniot (M.); Hadengue (A.)

Médecine du Travail : M. Albahary (C.).

Neuro-chirurgie : M. Pertuiset (B.).

Neuro-Psychiatrie : MM. Cambier (J.); Cathala (H.); Escourolle (R.); Gautier (J.-Cl.); Lapresle (J.); Lereboullet (J.); Pichot (P.); Tardieu (G.)

Obstétrique : MM. Granjon (A.); Hervet (E.); Le Lorier (G.); Lévy (J.); Lewin (D.); Musset (R.); Robey (M.); Seneze (J.); Sureau (C.); Tchobroutsky (Mme C.); Thoyer-Rozat (J.).

Ophtalmologie : Mmes Auvert (B.); Fontaine (M.); MM. Brégeat (P.); Dubois (A.); Saraux (H.).

Orthopédie : MM. Duparc (J.); Maurer (P.); Meary (R.); Postel (M.); Ramadier (J.)

Oto-Rhino-Laryngologie : MM. Debain (J.); Pialoux (P.); Sergent (H.).

Parasitologie : MM. GOLVAN (Y.); HO THI SANG (Mlle); LAPIERRE (J.)

Pathologie chirurgicale : MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); BLONDEAU (Ph.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DAUTRY (P.); DEMIRLEAU; DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GALEY (J.-J.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. DE); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MAILLARD (J.-N.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); PRÉMONT (M.); ROBERT (H.); THOMERET (G.); VAYSSE (J.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.)

Pathologie expérimentale : MM. BERTHAUD (P.); COTTENOT (Fr.); LŒPER (J.), *pr. s. ch.* ; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); PAUPE (J.-R.)

Pathologie médicale : MM. ACAR (J.); AUQUIER (L.); AUSSANNAIRE (M.); BEAUMONT (J.-L.); BERNIER (J.-J.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y); BRISSAUD (H.); BROCARD (H.); BUGE (A.); CANIVET (J.); CARLOTTI (J.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); CLOAREC (M.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURY (C.); DEBRAY (J.); ETIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); FUNCK-BRENTANO (J.-L.); GRIVAUX (M.); HAZARD (J.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAGRUE (G.); LESOBRE (R.); LEVEQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NENNA (A.); NICK (J.); POULET (J.); ROYER (P.); TCHERDAKOFF (Ph.); THIBAULT (Ph.); TOURNEUR (R.); VILLIAUMEY (J.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture : MM. ALAGILLE (D.); AP[illegible]SON (J.); CANLORBE (P.); GORIN (R.); LAFOU[illegible]CADE (J.); LEPERCQ (G.); LESTRADET (H[illegible]MALLET (R.); MANDE (R.); MINKOWSKY (A[illegible]MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); REY (J[illegible]RIBIERRE (M.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.);

Pharmacologie : MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P[illegible]

Physiologie : MM. BARRES (G.); DURAND (J[illegible]GIRARD (Fr.), *m. conf.* ; HUGELIN (A.); LAURE[illegible](D.); SCHERRER (J.), *pr. s. ch.* ; VASSEUR (B[illegible]

Physique médicale : MM. CHANTEUR (J.); COURS[illegible]GET (J.); GREMY (F.), *m. conf.* ; MILHAUD (G[illegible]PAGÈS (J.-Cl.); PELLERIN (P.); ROUCAYROL (J.-C[illegible]*pr. s. ch.* ; TUBIANA (M.), *m. conf.*

Pneumo-phtisiologie : MM. DECROIX (G.); ISRA[illegible](L.); MEYER (A.); RENAULT (P.); SORS (Ch[illegible]

Psychiatrie infantile : MM. DENIKER (P.); DU[illegible](D.); FLAVIGNY (H.).

Radiologie médicale : MM. DUBOST (J.); LEFEBV[illegible](J.); MICHEL (J.-R.).

Rhumatologie : M. MASSIAS (P.).

Stomatologie : MM. CAUHEPE (J.); CERNEA (P[illegible]CHAPUT (Mme A.), *m. c. agr.* ; CREPY (C[illegible]FLEURY (R.); GRELLET (M.).

Thérapeutique : MM. CHASSAGNE (P.); FOUET (P[illegible]LABET (R.); MARCHE (J.).

Urologie : MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A[illegible]QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale : M. VERNE (J.-M.).

Clin. médic. : MM. RAMBERT (P.); THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale : MM. GRASSET (J.); MAYER (M.); MORIN (P.).

Clinique ophtalmologique : M. DESVIGNES (P.)

Clinique pédiatrique et puéri. : M. LAPLANE (R[illegible]

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie : M. HAUDUROY (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : M. RUDLER (J.), *pr. s.* [illegible]

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.)

Conseiller administratif : Mlle CHAINTREUIL (G.).

Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LE N[illegible](G.), QUIÉVREUX (E.).

Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (F[illegible]Mlle LAURENT (H.); Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les disser[illegible]tions qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX NEUF GENERATIONS DE MEDECINS
QUI M'ONT PRECEDEE

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

LE DOCTEUR LOUIS-DE-GONZAGUE SAUVÉ

Chirurgien Honoraire des Hôpitaux de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Ancien Président de l'Académie de Chirurgie

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

Qui m'ont donné un rare exemple de courage et de générosité.

A MES CHERS PARENTS

Auxquels je serai reconnaissante toute ma vie de m'avoir donné le goût du travail et de m'avoir permis, grâce à leur dévouement et leur affection sans relâche, de mener à bien ce travail, qui est un peu le leur.

A MON MARI

Qui m'aida à persévérer dans la voie médicale.

A MES TROIS ENFANTS CHERIS

A MA FAMILLE

A MA BELLE-FAMILLE

Souffrante en ces heures de peine.

ET

A LA MEMOIRE DE SES MORTS HEROIQUES

A Monsieur le Professeur Stanislas DE SEZE

Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Professeur BARUK

Médecin-Chef de la Maison Nationale de Saint-Maurice
Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A NOS MAITRES
DU CENTRE HOSPITALIER DE METZ

Monsieur le Docteur G. RIGAUX

Monsieur le Docteur J.-M. ROUILLARD

Monsieur le Docteur HEE

Monsieur le Docteur HENNEQUIN

A Monsieur le Docteur MOREL-MAROGER

Qui m'a initiée à la psychiatrie, au temps où il était assistant à l'Hôtel-Dieu.

A Madame le Docteur ALCALAY

et A Monsieur le Docteur LINARES

Que je remercie beaucoup de m'avoir fait bénéficier de leur expérience pour ce travail.

Avant d'exposer cette thèse, nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à notre Maître, le Professeur BARUK, *qui nous a encouragée à étudier la maladie périodique et ses rapports étroits avec la psychiatrie, a mis à notre disposition le dossier d'une malade soignée dans son Service, a dirigé ce travail avec bonté et sollicitude, et d'autre part notre joie et nos félicitations les plus respectueuses à l'occasion de son élection à l'Académie de Médecine*

PLAN

Chapitre I. — Considérations générales sur la périodicité, et historique de cette notion en pathologie mentale. Cet historique aboutit, d'une part à une classification moderne des psychoses périodiques, et d'autre part à la généralisation du caractère périodique dans les autres domaines de la pathologie, permettant de créer le terme de « maladies périodiques » au pluriel (Professeur Baruk [40] et Reimann [195]).

Chapitre II. — La maladie périodique (au singulier).

1) Historique.
2) Principaux signes cliniques :
   a) *somatiques;*
   b) *mentaux.*
3) Evolution : longtemps bénigne, mais dont le pronostic est grevé par l'apparition de complications rénales.
4) Signes biologiques.
5) Anatomo-pathologie.
6) Etiologie.

Chapitre III. — Observation de Madame B...

Chapitre IV. — Commentaires :

1) Etude des arguments diagnostiques positifs des signes somatiques.
2) Rapports des signes cliniques et des troubles mentaux dans la maladie périodique.
3) Problème nosographique soulevé par la maladie périodique.
4) Importance du concept de périodicité en psychiatrie.

Conclusions.

Bibliographie : par ordre historique (et non alphabétique) qui montre mieux l'évolution des idées au sujet de cette maladie aux nombreux aspects cliniques.

Divisée en trois parties :

a) *Périodicité en psychiatrie;*

b) *Maladies périodiques autres que les psychoses périodiques;*

c) *La périodicité en général.*

CHAPITRE I

CONSIDERATIONS GENERALES SUR LA PERIODICITE

La périodicité est une notion très répandue dans la nature. « Elle est une qualité de la nature organique tout entière », lit-on dans l'article de PAPADIMITRIOU intitulé « Les syndromes périodiques mentaux non maniaques dépressifs » [38] : ainsi, en biologie, qu'il s'agisse de la nature vivante (l'hibernation de certains animaux) ou inanimée (le cycle de l'azote dans le monde végétal), en physiologie (la polarisation suivie de la dépolarisation de la cellule, le cycle menstruel). Mais il est un domaine des sciences humaines où ce caractère périodique, rythmique, se retrouve à son plus haut degré d'intérêt, par les nombreux exemples qu'il fournit et par la complexité de son sujet, c'est celui de la psychiatrie.

Dès l'Antiquité (I^er^ et II^e^ siècle après J.-C.), ARETÉE DE CAPPADOCE [1] décrit le premier les signes cliniques de la psychose périodique : la mélancolie

> « est une maladie sans fièvre pendant laquelle l'esprit reste constamment fixé sur la même idée..., les malades sont tristes, peureux. Dans la manie, les malades sont déviés vers la violence ou vers la joie. Les mélancoliques, au contraire, sont enclins à la tristesse et à l'anxiété. Les maniaques délirent presque constamment et ils exécutent ou songent à exécuter des actes audacieux, parfois féroces... ».

Mais il fallut attendre le début du XIX^e^ siècle avec PINEL [2] qui, en 1809, dans son « Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale », qualifiée ces phénomènes de « périodiques » :

> « La manie est continue ou périodique avec des périodes d'accès régulières ou irrégulières. »

Puis ESQUIROL, en 1838 [3], dans son Traité « Des maladies mentales », étudie plus à fond ces troubles périodiques :

> « Les psychoses intermittentes sont quotidiennes, tierces, quartes, mensuelles, annuelles ... L'intermittence est tantôt régulière, tantôt irrégulière ... Elle est plus fréquente dans la manie que dans les autres folies. Il n'est pas rare de voir la manie alterner, et d'une manière très régulière, avec la phtisie, l'hypocondrie, la lypémanie. »

GRIESINGER observe, en 1845 [4], que

> « la transformation de la mélancolie en manie et le retour de celle-ci à la mélancolie, sont des phénomènes très ordinaires... ».

C'est FALRET qui, en 1851 [5], décrit ce qu'il appelle « la forme circulaire des maladies mentales » où il met en relief la notion de périodicité dans certaines maladies mentales. Trois ans plus tard, dans son « Mémoire sur la folie circulaire, forme de maladie mentale caractérisée par la reproduction successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique, et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé », il décrit une nouvelle entité morbide, la « folie circulaire », que nous retrouvons dans les « Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses » de son fils, J. FALRET, parues en 1890 [6].

Entre temps, BAILLARGER [7], dans un Mémoire à l'Académie de Médecine publié en 1854, puis dans les *Annales Médico-Psychologiques* en 1890, désigne sous le nom de « folie à double forme » une variété particulière de maladie mentale se traduisant par la succession de deux périodes opposées, maniaque et mélancolique. D'autres noms se rattachent à cette étude : MOREL, en 1860 [8]; MAGNAN, en 1890 [12], qui traite « De la folie intermittente ».

KRAEPELIN, enfin, reprenant la conception de BAILLARGER [15], établit de façon précise l'entité clinique de la psychose maniaco-dépressive où il groupait toutes les psychoses décrites précédemment sous les noms de « circulaire, intermittente, à double forme ».

Mais cette nosographie fut rapidement insuffisante, et de plus en plus des formes atypiques étaient décrites, ce que FALRET avait déjà noté. Déjà RITTI, en 1883 [11], dans son « Traité clinique de la folie à double forme », montre que certaines périodes dépressives sont accompagnées d'idées délirantes de persécu-

tion et d'hallucinations. Regis [10], pendant la même période, souligne que certaines affections prises comme psychoses maniaques dépressives étaient des confusions mentales.

Alors, le domaine de la psychose maniaque dépressive ne pouvait plus englober ces différentes affections aussi atypiques et, d'autre part, le terme de psychose périodique qui leur était jusque-là réservé, ne pouvait non plus s'adresser qu'aux psychoses maniaques dépressives mais à maints autres syndromes mentaux.

Halberstadt [22], dans les *Annales Médico-Psychologiques* de 1930, publie un article intitulé « Syndromes anormaux au cours de la psychose maniaque dépressive ». Ce sont : les syndromes schizophréniques, les syndromes délirants, la forme confusionnelle, les obsessions, les syndromes psychasthéniques et névrosiques. Obregia (de Bucarest) décrit ces « formes atypiques de la psychose périodique » en 1924 [18], et les englobe sous le terme de « cyclophrénie » en 1936 [28].

Mais ce sont surtout le Professeur Baruk et Mlle Gévaudan [29] qui, à partir de plusieurs observations, ont en 1937 décrit et classé ces différentes variétés cliniques qui furent reprises dans la thèse de cette dernière [31] la même année : « Syndromes périodiques nerveux et mentaux en dehors des états maniaques dépressifs », et enfin mises à jour à nouveau par le Professeur Baruk [40] dans son « Traité de psychiatrie » paru en 1959. Ce sont :

1) Les formes oniriques et délirantes.
2) Les délires d'influence épisodiques.
3) Les formes schizophréniques, avec :
   a) la catatonie périodique, qui fut déjà étudiée par Kahlbaum dans sa monographie en 1874 [9] ;
   b) la forme hébéphrénique, étudiée dans la thèse de Hirschberg [39] ;
   c) la forme paranoïde.
4) Les formes paranoïaques étudiées dans la thèse de Bessière [14].
5) Les perversions instinctives, dont le Professeur Baruk, étudiant leur rapport avec la périodicité, note, en ce qui concerne la perversion de l'instinct sexuel, qu'il existe pendant des accès de manie et disparaît avec eux.

Mais ce vaste groupe des psychoses périodiques s'intègre lui-même dans un ensemble plus vaste encore, que le Professeur BARUK a intitulé du terme général, et je précise, au pluriel, de « maladies périodiques » [40] et qui englobe donc, outre les psychoses périodiques :

1) Les formes névropathiques, telles par exemple :
   — les obsessions périodiques (G. BALLET, RAYMOND et JANET) ;
   — les cénestopathies périodiques (MONTASSUT et CENAC) ;
   — les manifestations hystériques périodiques;
   — les manifestations mythomaniaques.

2) Les formes neurologiques, telles :
   — les tumeurs cérébrales et certaines encéphalites;
   — la paralysie périodique familiale ou maladie de Westphall, à l'étude de laquelle ont travaillé notamment JANOTA, RIBADEAU-DUMAS, BARUK et POUMEAU-DELILLE [30], et à laquelle plusieurs thèses ont été consacrées, dont celle de J. LHOUBE, en 1959;
   — les algies périodiques;
   — les troubles neuro-végétatifs périodiques à type :
      — d'anorexie ou d'intolérance digestive;
      — d'accès d'oppression respiratoire (observation personnelle du Professeur BARUK) ;
      — les troubles sensoriels périodiques.

Mais la notion de périodicité dépasse le cadre des atteintes mentales, nerveuses ou neuro-végétatives pour atteindre toute la pathologie générale où nous rencontrons alors de nombreux symptômes rythmiques aussi variés, pour n'en citer que quelques-uns, que l'évolution favorable non traitée de la fièvre typhoïde avec ses septénaires, celle de la pneumonie franche lobaire aiguë avec ses différentes « crises », l'évolution si caractéristique à double périodicité de l'ulcère gastrique, les manifestations dermatologiques périodiques à type d'herpès récurrent, les vomissements cycliques de l'enfant, les hydarthroses périodiques et, pour terminer, la maladie dite périodique de Reimann, Mamou et Cattan qui fait l'objet de notre thèse.

CHAPITRE II

LA MALADIE PERIODIQUE

La maladie périodique est de découverte récente, puisqu'elle ne fut décrite qu'il y a une quinzaine d'années par REIMANN, aux Etats-Unis, en 1948, puis par MAMOU et CATTAN, en France, en 1951. Mais son histoire est relativement ancienne, car les premières observations remontent au XIX^e^ siècle, avec HEBERDIN [48] en 1816, et OSLER [49] en 1895, qui décrivirent le « triple syndrome articulaire, abdominal et fébrile, survenant à répétition ». De nombreuses appellations ont jalonné son histoire depuis ces premiers cas du XIX^e^ siècle jusqu'en 1964 même :

— Syndrome paroxystique inhabituel, de JANEWAY et MOSENTHAL, en 1908 [50].

— Fièvre d'origine inconnue, d'ALT et BARKER, en 1930.

— Agranulocytose récurrente de RUTLEDGE et HANSEN-PRUSS, la même année [52].

— Manifestations d'allergie gastro-intestinale de COOKE, en 1933 [53].

— Neutropénie cyclique de THOMPSON, en 1934 [54] (termes repris par REZNIKOFF, en 1946 [65]).

— Fièvre intermittente de SCOTT et KIRSCHNER, en 1938 [57].

— Fièvre intermittente d'origine inconnue, de WOLF and WOLFF, en 1942 [59].

— Péritonite paroxystique bénigne de SIEGAL, en 1945 [61].

— Syndrome abdominal bizarre d'ABRAVAYA MARMARALI, en 1946 [62].

— Péritonite fugace à éosinophiles de Laederich, en 1947 [66].

— Maladie périodique de Reimann, en 1948 [70].

— Péritonite allergique de Koang et Spriet, en 1951 [78].

— Accès épanaleptiques ou épanalepsie de Mamou, en 1954 [116].

— Fièvre méditerranéenne familiale des auteurs israéliens : H. et J. Heller, Blum, Sohar, Sherf, Prass, Gafni, Hell, Chaimow, etc. [165, 166, 180, 188].

— Polysérite familiale récidivante de Nixon et Priest, en 1960 [156].

— Polysérite récurrente de Ehrenfeld, Eliakim et Rach-Milewiz, en 1961 [168].

— Polysérite familiale paroxystique de Siegal, en 1964 [203].

Ces différentes dénominations, variant selon les symptômes dominants, nous amènent à rappeler les principaux signes de la maladie périodique. En ce qui concerne le terrain sur lequel elle évolue, on a cru d'abord qu'elle touchait presque exclusivement deux groupes ethniques différents, les Juifs et les Arméniens; les auteurs israéliens en ont publié le plus grand nombre de cas et connaissent tous bien cette maladie; et on a pensé aussi qu'elle se rencontrait du point de vue géographique sur les bords méridionaux et orientaux de la Méditerranée. Mais actuellement, tous les auteurs s'accordent pour affirmer que « sa distribution est mondiale » [93] puisqu'on la rencontre en Amérique du Nord, au Brésil, en Chine, en Europe centrale et en France même. En effet, deux cas autochtones sont rapportés : le premier concerne un sujet originaire de la Mayenne, cas rapporté par Pasteur Vallery-Radot et Milliez; le deuxième, une Bretonne, par Mamou.

La maladie débute le plus souvent dans l'enfance, mais aussi dans l'adolescence et même à l'âge adulte. Elle présente un caractère familial et héréditaire pour de nombreux auteurs : dominant pour Reimann, récessif autosomique pour Cattan, Khayat et Hirsch-Marie [182]. Elle se manifeste par des accidents aigus paroxystiques et récidivants que l'on groupe habituellement sous trois rubriques :

1) Le syndrome abdominal, formé tantôt de crises douloureuses abdominales, parfois si intenses qu'elles peuvent simuler des urgences chirurgicales : appendicite, péritonite, cholécystite, occlusion, tantôt par des troubles du transit : constipation, plus fréquente que diarrhée.

2) Le syndrome articulaire : soit arthralgies, soit mono ou oligo-arthrite inflammatoire, soit polyarthrites aiguës [113], touchant le plus souvent les grosses articulations, genoux et chevilles, pouvant simuler une crise de rhumatisme articulaire aigu, mais sans jamais d'atteinte cardiaque. Ce syndrome fut particulièrement étudié par les auteurs français en 1962 [184].

3) Le syndrome fébrile enfin est formé soit d'accès fébriles pseudo-palustres, les plus fréquents, soit de clochers fébriles répétés irrégulièrement sans frissons ni sueurs, soit encore fièvre en plateau ou à grandes oscillations.

A cette triade classique, ajoutons deux symptômes secondaires : la splénomégalie inconstante [138] et les signes cutanés intéressants par leur polymorphisme et leur relative fréquence : soit purpura pétéchial d'Althausen [55], urticaire et œdème de Quincke qui sont les manifestations les plus fréquentes, œdèmes et érythèmes notamment à la face, d'allure angio-hématique de Reimann [70], les placards cellulo-dermitiques très douloureux décrits par Siguier et Berardinelli, lésions nodulaires du cuir chevelu de Berardinelli et herpès labial ou naso-labial de Benhamou [111]. La seule atteinte muqueuse à type de conjonctivite [111] provient de l'observation de Benhamou.

Tous ces symptômes surviennent soit isolément, soit associés de façon plus ou moins complète. La durée des accès est très variable, allant de vingt-quatre à quarante-huit heures, à plusieurs jours ou semaines. De même, l'intercrise est variable depuis les formes subintrantes rapportées par Siguier et coll. [183] jusqu'aux rémissions les plus prolongées, six ans chez une malade de Mamou [138] (p. 59). Durant celle-ci, l'état général est relativement bien conservé. Mais cette évolution longtemps bénigne voit son pronostic grevé par l'apparition des complications rénales.

Elles sont si fréquentes pour certains auteurs, comme Hamburger, Méry et Montera [185], qu'elles semblent

> « une des principales manifestations de la maladie, au même titre que les accès fébriles ou les crises articulaires ou abdominales ».

Ben Mussa et Corcos [112] pensent même que la néphrite chronique est la « terminaison fatale, inéluctable de toute maladie périodique ». Mamou et Cattan, eux, ne sont pas de cet avis, car ils suivent des cas qui ne présentent aucune atteinte rénale au bout de vingt ans d'évolution. Cette atteinte rénale, bien mise en évidence par les auteurs français Mamou et Cattan, dès 1951, se caractérise cliniquement par trois manifestations principales :

— la protéinurie, signe le plus constant, qui demeure assez souvent isolé pendant un certain temps, est suivie d'abord d'une néphrite œdémateuse, puis de mal de Bright banal conduisant à une
— insuffisance rénale sévère rapidement évolutive;
— enfin, un syndrome néphrotique est fréquemment rencontré à un moment quelconque de l'évolution de ces néphropathies. Du point de vue histologique, il s'agit dans tous les cas d'une amylose (Méry et de Montera), qui n'est pas limitée au rein mais généralisée, respectant toutefois le parenchyme hépatique, ce qui permet de la déceler par la biopsie rectale, de grand intérêt pratique.

Une place à part doit être faite aux troubles mentaux. Ils sont « exceptionnels » pour Mamou [138]. Leur première description, en France, date de dix ans à peine. En 1955, Borel et Mordret [37] relatent le cas d'un Arménien atteint en même temps de maladie périodique et de psychose périodique qui se manifestait, tantôt sous forme d'accès dépressifs, les plus fréquents, tantôt expansifs avec état d'excitation maniaque. Ils concluent à une simple coïncidence des deux manifestations périodiques et soulèvent l'hypothèse d'une origine diencéphalique commune.

Puis Borel, Camar et Mlle Jacquelin [42] publient un nouveau cas de « maladie périodique chez un délirant chronique épileptique » dans lequel les troubles psychiques sont constitués par

> « une subexcitation agressive accompagnée d'idées de persécution, d'empoisonnement, des hallucinations et des interprétations, messages de radios par les avions, prise de la pensée, phénomènes cénesthésiques variés ».

Là encore, ces auteurs ne voient que pure coïncidence devant cette association de la maladie périodique et des troubles men-

taux, mais l'étiologie génétique constante de la première et fréquente dans les seconds, leur font penser que cette association ne doit pas être exceptionnelle.

Du point de vue biologique, il n'existe aucun critère spécifique, puisque l'étiologie de la maladie périodique est encore à l'heure actuelle inconnue. Donc, le premier élément diagnostique important est un signe négatif : toutes les recherches en vue de déceler une étiologie infectieuse, parasitaire, hématologique, métabolique, neurologique, viscérale, endocrinienne ou allergique sont négatives. Le deuxième élément diagnostic est l'existence de trois signes inconstants mais assez fréquents : l'augmentation de la vitesse de sédimentation, le plus souvent modérée qui persiste même en dehors des crises, l'hyposérinémie avec augmentation des gamma-globulines et diminution du rapport sérine/globuline, et une anémie modérée et hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile durant les crises. Mais une leucopénie avec neutropénie relative peut exister (Reimann), enfin le syndrome immuno-hématologique de Benhamou [111] constitue le troisième élément diagnostique inconstant :

— test de Coombs direct ou indirect positif;

— recherche de leucoagglutinines positive;

— recherche d'agglutinines irrégulières positive.

Les constatations anatomo-pathologiques sont celles obtenues lors d'une intervention pour crises douloureuses ou à l'autopsie : elles montrent qu'il s'agit d'une crise vaso-motrice avec dilatation vasculaire pouvant atteindre toutes les séreuses : péritoine, plèvre, péricarde, synoviale articulaire suivie de l'apparition d'infiltrats lympho-plasmocytaires, témoignant d'un processus non infectieux.

Comme le laissait prévoir la négativité des examens biologiques habituels, redisons une fois de plus que l'étiologie est toujours inconnue. Pourtant, de nombreuses hypothèses furent soulevées. La plus séduisante est la théorie allergique, car plaident en sa faveur les antécédents allergiques, l'évolution clinique de l'accès, fluxionnaire et guérissant sans séquelles, les lésions anatomiques faites de troubles vaso-moteurs atteignant les capillaires, la reproduction des crises par l'ingestion de certains aliments [116] ou l'injection de certains vaccins [59] ou médicaments, la diminution du pouvoir histaminopexique du sérum

[154] avec la contre-épreuve : efficacité du sérum d'adulte à haut pouvoir histaminopexique. On signale même un cas d'allergie à la testostérone [159]. Mais contre cette théorie, MAMOU qui a particulièrement étudié ces faits, remarque l'absence d'éosinophiles dans les lésions et d'éosinophilie dans le sang, et que chez la plupart des malades, il lui a été difficile de mettre en évidence un allergène responsable, et que tous les traitements anti-allergiques ont été des échecs, sauf un cas exceptionnel signalé par COOKE.

La deuxième théorie est celle d'une maladie par auto-anticorps ou auto-entretenue. En sa faveur, milite essentiellement le syndrome immuno-hématologique de Benhamou, mais il est rarement retrouvé. Encore, existerait-il, qu'il ne prouverait pas à tout coup l'origine auto-allergique.

De cette hypothèse, on peut en rapprocher une troisième, celle d'une collagénose où il existe aussi des auto-anticorps, devant les parentés cliniques de la maladie périodique avec la périartérite noueuse, le rhumatisme articulaire aigu. Mais les examens histologiques vont à l'encontre de cette théorie.

Enfin, il importe de souligner l'importance de la théorie endocrinienne. Ainsi, SIEGAL et MAMOU rapportent un cas présentant des crises abdominales rythmées par les règles. Et deux auteurs français [159] rapportent l'observation d'une maladie périodique guérie par castration, réapparue après greffe ovarienne et à nouveau guérie après l'installation d'une ménopause définitive.

Mais le point le plus intéressant reste la découverte d'un métabolisme anormal des androgènes dans la maladie périodique : déjà REZNIKOFF, en 1946 [65], remarque une diminution de l'élimination des 17-cétostéroïdes urinaires après le début d'une crise. Mais ce sont KAPPAS, HELLMAN, FUKUSHIMA et GALLAGHER qui découvrent, en 1958, les propriétés thermogéniques de l'étiocholanolone qui est un des deux principaux 17-cétostéroïdes urinaires, métabolites terminaux des androgènes testiculaires et surrénaliens, le deuxième étant l'androstérone qui est doué de propriétés non pas thermogéniques, mais thyromimétiques.

Alors que les premiers cas rapportés par GONZALES et coll., en 1956, puis par BONDY et coll., en 1958, et par GARDNER et MICEON, en 1959, concernaient des épisodes fébriles récurrents, rappelant de très près la maladie périodique, associés à une hyper-

plasie congénitale surrénale avec augmentation de l'hormone pyrétogène, les quatre cas suivants publiés par MAMOU, en 1960, se rapportaient à des maladies périodiques typiques sans aucun signe d'hypertrophie congénitale surrénale, mais avec une augmentation de l'étiocholanolone pendant les crises et le retour de celle-ci à la normale en dehors des crises. Entre temps, en 1954, MAMOU notait, à l'inverse, une élimination insuffisante des 17-cétostéroïdes pendant la crise, qui augmentaient après la crise.

A l'appui de cette théorie hormonale, viennent s'ajouter les deux cas de maladie périodique traités récemment avec succès par MAMOU et NAHUM qui utilisèrent les 19-Norstéroïdes [202]. Ces pseudo-progestatifs de synthèse ont la propriété d'inhiber l'ovulation, entraînant une aménorrhée. Durant tout le temps que dura celle-ci, ces auteurs observèrent la sédation des crises articulaires, fébriles et abdominales qui réapparurent à l'arrêt du traitement.

Mais l'inconstance des résultats des dosages des 17-cétostéroïdes urinaires, pendant et en dehors des crises de maladie périodique, le mécanisme inconnu de l'action favorable des 19-Norstéroïdes dans deux cas, la structure chimique élémentaire, voisine, de deux corps à action opposée (encore que l'on connaisse bien par exemple les phénomènes d'inhibition compétitive), sont autant de problèmes à résoudre pour élucider le mystère toujours actuel que pose la maladie périodique.

CHAPITRE III

OBSERVATION

Madame B..., âgée actuellement de quarante-sept ans, est née en 1919 en Normandie, dans la Seine-Maritime, de parents normands. Les antécédents pathologiques familiaux sont très réduits, puisque son père est décédé des suites de guerre quand elle était en bas âge, sa mère l'a abandonnée, elle et sa sœur qui est décédée à vingt-sept ans, sans que l'on ait su de quoi, un frère qui aurait une cinquantaine d'années serait en bonne santé. Mlle C... a été élevée par sa marraine, avec laquelle elle fut heureuse.

Son enfance se passa sans histoire. On ne relève aucun antécédent pathologique notable. Si l'on excepte les maladies infectieuses de l'enfance, Mlle C... ne se souvient pas d'avoir été fébrile, d'avoir souffert d'arthralgies ou de douleurs abdominales, de façon répétée ou même isolément. De même, on ne note aucun phénomène de la série allergique, urticaire, œdème de Quincke, asthme, ni de la série neuro-arthritique, si ce n'est une discrète tendance à l'obésité. Le comportement psychique semble lui aussi avoir été normal, puisqu'après avoir réussi le C.E.P. à quatorze ans, elle devint garde-malade.

Le début apparent de la maladie remonte à 1938, où Mlle C..., âgée de dix-neuf ans, est atteinte de sa première crise abdominale. Une vive douleur à droite, des vomissements et troubles du transit entraînent l'appendicectomie. Malgré l'intervention, les douleurs abdominales réapparaissent sept ans après, en 1945, précédées de malaise général, vomissements et diarrhée. Cet épisode étiqueté « péritonite » entraîne une deuxième intervention qui montra du pus, mais dont la nature tuberculeuse n'a jamais été prouvée. Six mois après, nouvelle crise abdominale suivie d'une troisième intervention. Trois semaines après, quatrième crise abdominale suivie d'une quatrième intervention. Pendant cette longue hospitalisation d'un an environ à l'Hôpital de Petit-Quevilly, dans la Seine-Maritime, la malade reçut de nombreuses injections de morphine qui furent à l'origine d'une toxicomanie qui s'est poursuivie un an

après sa sortie jusqu'en 1947. A la fin de cette année, Mlle C... suit une cure de désintoxication morphinique chez le Docteur D..., à Fleury-les-Aubrais. A cette époque, on note le premier épisode dépressif avec amaigrissement, de résolution rapide et spontanée.

Trois ans après, en 1950, nouvelle crise douloureuse, cette fois abdomino-pelvienne, pour laquelle Mlle C... subit une hystérectomie subtotale.

On qualifie tous ces épisodes répétés « d'infection péritonéale chronique secondaire à une péritonite aiguë à pyogènes ».

En 1951, Mlle C... suit les cours de l'Ecole d'Infirmières de la C.R.F. des Peupliers. Elle subit une intervention réparatrice pour éventration à la clinique des Peupliers où elle travaille, puis obtient l'équivalent du diplôme d'Etat.

En 1954, elle part travailler en Suisse comme infirmière dans un sanatorium de Leysin. C'est là qu'elle rencontre son futur mari, Oranais qui y était en convalescence.

En 1955, ils partent à Oran où ils se marient. Là-bas, elle apprend à ses dépens qu'il était divorcé, débile, buveur et violent. Ayant fait plusieurs *delirium tremens,* il meurt d'une cirrhose un an plus tard, en 1956. Durant ce temps, Mme B... travaillait en clinique. Mais au bout de quatre mois, se sentant fatiguée, toujours en lutte avec son mari, surmenée physiquement et nerveusement, elle consulte le Docteur C... qui l'hospitalise dans son service à l'Hôpital Civil d'Oran. C'est la première hospitalisation d'une série de cinq, motivées par un ensemble de symptômes qui vont se dérouler selon le même protocole périodiquement : d'abord frissons, fièvre et sueurs profuses, suivis quelques heures après d'incidents cutanés, « plaques d'alopécie et infections cutanées traitées par l'auréomycine qui lui donne des réactions allergiques et peut-être même une mycose », enfin des troubles mentaux que nous décrirons plus loin.

Ces accès se développent de façon cyclique et évoluent vers la guérison spontanément de façon aussi cyclique, la guérison étant annoncée par la chute thermique. Et Mme B... reprend son travail dans l'intercrise, comme si de rien n'était, ce qui nous amène à penser que la guérison était totale.

Après cette description générale des accès curieux présentés par Mme B..., reprenons la chronologie des différentes hospitalisations :

— *Première hospitalisation en juillet 1955,* qui a duré quinze jours. Les certificats mentionnent qu'il s'agit de « bouffées hallucinatoires », Mme C... « entend des voix, reçoit des ondes, automatisme mental ». Ces troubles mentaux s'accompagnent de fièvre avec sueurs et frissons, et d'éruption cutanée.

— *Deuxième hospitalisation en avril 1958 :* de même durée que la précédente, on note à nouveau des phénomènes hallucinatoires avec fièvre et incidents cutanés.

— *Troisième hospitalisation en décembre 1959 :* fièvre pseudo-palustre associée à des phénomènes psycho-sensoriels, « fait des expériences sur le convex vermiculaire à pattes ».

— *Quatrième hospitalisation (23 avril-5 mai 1960) :* à l'hyperthermie, s'associe une éruption cutanée que l'observation détaille : « L'infection qui siège sur le front, le visage, et s'accompagne de gonflement des paupières, empêchant la maladie de voir pendant plusieurs jours, est traitée par les antibiotiques ». Du point de vue psychique, Mme B... présente à nouveau des interprétations nombreuses et un état dépressif atypique. Elle « craint que le cancer entre dans sa chambre ».

— *La cinquième hospitalisation* a lieu non plus à l'Hôpital Civil d'Oran comme les quatre précédentes, mais à l'Hôpital Psychiatrique de Sidi-Chami, dans le service du Docteur C..., en janvier 1961. Mme B... présente un état d'excitation traité par la chlorpromazine, auquel s'associe un syndrome de type dysentériforme qui fait poser le diagnostic de recto-colite ulcéro-hémorragique, mais qui n'a jamais été prouvé par la rectoscopie. La numération-formule sanguine montrait une discrète anémie à 3.900.000 et une inversion de la formule avec 35 polynucléaires. On note la survenue de deux crises comitiales en deux mois qui ne se sont jamais reproduites malgré l'absence de traitement barbiturique.

— *La sixième hospitalisation,* dans le service du Professeur BARUK, à Saint-Maurice, en juin 1962, est donc un transfert. On lit sur le certificat de vingt-quatre heures : « Etat dépressif léger avec troubles de l'émotivité. » A cet état dépressif qui a disparu en deux mois sans aucun traitement neuroleptique, succède en août 1962 une crise douloureuse abdominale avec alternance de diarrhée et constipation calmée par le bismuth. Et Mme B... quitte le service, le 11 décembre 1962, guérie, et part travailler en Suisse comme infirmière.

— Mais nouvelle rechute motivant une *septième hospitalisation,* en mars 1963, en Suisse. Il s'agit d'un état dépressif précédé durant quelques jours d'un épisode fébrile qualifié de grippal. Cette dépression est suivie, un mois plus tard, d'un accès hypomaniaque : « La malade, qui s'était sauvée de l'établissement, a été ramassée par la gendarmerie à 40 km de Lavigny (où elle était hospitalisée). Elle était sans chaussures et se trouvait dans un état d'euphorie et de désorientation ».

— Le 1er mai 1963, début de la *huitième hospitalisation* qui est un transfert de Suisse dans le service du Professeur BARUK (deuxième hospitalisation dans son service) que la malade n'a plus quitté depuis. A son entrée, elle présentait un état d'excitation hypomaniaque avec importante labilité de l'humeur et désinvolture.

Mi-juin 1963 : accès fébrile pseudo-palustre avec hyperthermie à 39°, état saburral des voies digestives et disparition du murmure vésiculaire du champ pulmonaire droit (réaction pleurale entrant dans le cadre des atteintes des séreuses ?) qui est accompagné de troubles psychiques à type d'état dépressif.

Début juillet 1963 : un nouvel accès thermique avec signes vaso-moteurs rappelant une crise de paludisme, accompagné toujours de troubles psychiques fait instituer un traitement par la nivaquine, bien que la recherche d'hématozoaires fut négative, traitement qui fit céder la fièvre et les troubles mentaux. Du point de vue biologique : V.S. accélérée à 36-60; les autres examens sont négatifs, recherche de parasites dans les fèces négative, examen cyto-bactériologique des urines normal, uroculture négative.

A partir de septembre 1963, s'installe une fièvre anarchique, irrégulière, accompagnée de signes cutanés : il s'agit d'éléments purulents siégeant sur le cuir chevelu, entraînant une alopécie et sur la partie supérieure du visage, front, yeux, qui furent traités par antibiotiques intra-musculaires, et de troubles mentaux, avec hallucinations, interprétations nombreuses, paroles et actes obscènes évoquant bien l'accès maniaque. Les examens complémentaires éliminent toute étiologie infectieuse ou parasitaire : réaction d'agglutination des rickettsies et des néorickettsies négative, réaction des brucelloses négative, goutte épaisse négative, hémoculture négative en milieu aéro et anaérobie, culot urinaire normal; la formule sanguine montre une discrète leucopénie à 4.600 globules blancs avec granulopénie relative à 47 polynucléaires, l'électrophorèse des protéines sériques montre une diminution de l'albumine à 46 % et une augmentation des gamma-globulines à 26 %. Les épreuves fonctionnelles rénales mettent en évidence une atteinte rénale discrète mais certaine : urée oscillant entre 0,45 et 0,60 g, un coefficient de Van Slyke inférieur à 60 %, une urée urinaire basse à 10 g par litre. Mais la recherche d'albumine dans les urines est négative. Les 17-cétostéroïdes urinaires sont bas à 4,2 mg par jour. Des cures discontinues de nivaquine, de quatre à dix-huit jours, ont cette fois-ci peu influencé ces accès. Par contre, la chlorpromazine est efficace et, l'apyrexie et comportement psychique normal sont obtenus en décembre 1963.

En janvier 1964, nouvel accès fébrile fait de grandes oscillations thermiques (36°2 le matin et 38°2 le soir) accompagné pour la première fois

d'arthralgies fugaces touchant les genoux, puis les chevilles qui sont le siège d'un œdème. Le dosage des antistreptolysines 0 est alors normal, de même que le fibrinogène. De plus, des coliques abdominales très douloureuses avec diarrhée complètent la triade classique. Pas de troubles mentaux. La vitesse de sédimentation est toujours modérément accélérée à 29-58 et l'électrophorèse montre une diminution de l'albumine à 50 % et une augmentation des gamma-globulines à 26 %. Sous l'action des salicylés, les douleurs articulaires et abdominales rétrocèdent, mais la malade reste subfébrile.

En mars 1964, la reprise de douleurs abdominales accompagnées d'une recrudescence thermique nécessite l'hospitalisation de Mme B... en hôpital général (La Pitié, service du Professeur DREYFUS) où est posé le diagnostic de colite chronique.

En août 1964, les 17-cétostéroïdes urinaires sont abaissés à 2,80 mg/jour.

De mars à septembre 1964 : une fièvre désarticulée d'aspect polymorphe (de l'état subfébrile aux grandes oscillations) avec phénomènes diarrhéiques intermittents fait instituer un traitement anti-infectieux à visée intestinale (tétracycline, pâte de Ravaud, ferments lactiques) qui eut raison de ce nouvel accès, puisqu'en septembre 1964 on obtient, et l'apyrexie et la disparition du syndrome abdominal de façon définitive. Mais cette rémission des signes somatiques s'accompagne d'une reprise des troubles psychiques, réticence, mutisme, tentative de fuge, qui obligent à reprendre la chlorpromazine. Durant cette période, la formule sanguine montre toujours une leucopénie à 4.700 globules blancs dont 40 polynucléaires. On a multiplié les examens à la recherche de B.K. dans les fèces, l'expectoration et le liquide de tubage gastrique qui furent tous négatifs. Il est intéressant de noter que les électrophorèses se sont progressivement normalisées pour aboutir à des chiffres normaux en septembre 1964 : 58 % d'albumine et 17 % de gamma-globulines. Par contre, la vitesse de sédimentation reste accélérée et l'atteinte rénale persiste et semble même s'accentuer puisque l'urée urinaire descend de 10 g/l à 3,67 g/l et que la clearance uréique s'abaisse encore de 58 % à 42,5 % avec une urée sanguine à 0,45 g/l. La recherche de l'albuminurie est toujours négative.

En résumé, nous voyons évoluer chez cette malade des signes mentaux faits d'alternance de phases d'excitation et de phases dépressives parallèlement aux signes somatiques de la maladie périodique (abdominale, fébrile, articulaire et avec incidents cutanés).

CHAPITRE IV

COMMENTAIRES

La connaissance de cette observation appelle plusieurs sortes de commentaires : d'abord l'étude des arguments diagnostiques de l'atteinte somatique de la maladie périodique, ensuite l'étude des relations chronologiques troubles psychiques - troubles somatiques, enfin la discussion nosographique au sujet de la place que tient cette nouvelle entité clinique dans le cadre des maladies périodiques.

I. — Etude des arguments diagnostiques

La triade symptomatique, fébrile, articulaire et abdominale est, ici, au complet, ces trois symptômes se combinant entre eux de diverses manières et évoluant de façon paroxystique avec phases de rémission de durée variable. Le début apparent de la maladie, à l'âge de dix-neuf ans, est relativement tardif, mais les débuts, chez l'adulte jeune, sont bien admis par MAMOU, de même que l'origine ethnique purement autochtone de notre cas. Notons au passage que notre observation représente le troisième cas français originaire de la Bretagne et de ses marches (Normandie) comme les deux précédents cas rapportés. Il existe bien une observation lyonnaise, mais qui concerne des Israélites nord-africains [134]. Les conditions sociales défavorables dans lesquelles a vécu Mme B... n'ont pas permis d'effectuer une enquête familiale poussée. Mais, quoi qu'il en soit, le caractère familial n'est pas absolument constant dans la maladie périodique.

Il existe une atteinte rénale certaine, quoique discrète, qui en est encore au stade humoral, c'est-à-dire avant l'apparition d'œdèmes. Elle se caractérise, dans notre cas, par une urée sanguine modérément élevée à 0,60 g, une clearance uréique abaissée à 42,5 %, une concentration uréique abaissée à 3,67 g/l. Par contre, il n'y a pas d'albuminurie, ce qui est très rare évidemment, une fois la néphropathie constituée.

Le diagnostic de maladie périodique est encore confirmé par les examens complémentaires, d'une part la négativité des examens biologiques habituels : hémocultures, urocultures, recherches parasitaires, goutte épaisse, examens des selles, les sérodiagnostics aux rickettsioses, aux brucelloses malgré le caractère positif de l'intra-dermo-réaction à la mélitine trouvé transitoirement dans le Service, mais dont le diagnostic fut infirmé ultérieurement par l'Institut Pasteur, d'autre part l'existence de vitesses de sédimentation accélérées même en dehors des accès et les perturbations des électrophorèses des protides avec diminution de l'albumine et augmentation des gamma-globulines. Quant aux numérations formules sanguines, elles ont montré le plus souvent une leucopénie avec granulopénie et monocytose relative, altération sanguine rare classiquement mais retrouvée par Rutledge [52], et plus récemment par Reimann. Notre étude immunologique est négative, mais nous savons la grande inconstance du syndrome immuno-hématologique de Benhamou. On ne peut tirer aucune conclusion des taux abaissés des 17-cétostéroïdes chez notre malade, car l'étude de la maladie périodique nous a montré dans les pages précédentes la variabilité de ces résultats.

Notre malade a été explorée du point de vue allergique :

— des cuti-réactions vis-à-vis d'allergènes microbiens n'ont pas donné de résultats concluants, comme l'ont montré Siegal et Reimann ;

— un traitement désensibilisant à divers allergènes, plumes, poussières, etc., fournis par l'Institut Pasteur, n'a pas empêché la réapparition des crises.

Notre malade n'a pas été soumise au régime d'épreuve de suppression du lait et de ses sous-produits, ni testée à ce sujet. Mais on connaît l'extrême rareté des succès grâce au traitement diététique. Dans la littérature, on relève un cas guéri de cette façon

publié par JANEWAY et MOSENTHAL. Pour CATTAN et coll., « les régimes d'exclusion sont inefficaces ». Néanmoins, tout récemment, BOUCHON, aux Conférences d'Actualité Pratique de l'Hôpital d'Ivry, le 18 février dernier, les a remis à l'honneur.

II. — Rapports, troubles somatiques - troubles psychiques dans la maladie périodique

Il est logique de les rapprocher. En effet, nous savons, comme il est fréquent de rencontrer, évoluant parallèlement aux accès périodiques mentaux, des manifestations somatiques et neuro-végétatives. Déjà REGIS les avait décrites dans son « Manuel pratique de médecine mentale ». Ainsi, des accès maniaques et mélancoliques s'accompagnent très souvent de troubles du rythme cardiaque, de modifications du transit digestif : constipation en rapport si étroit avec les troubles mentaux, de troubles de la régulation portant sur la faim chez le maniaque, sur la soif chez le mélancolique. Des troubles du sommeil sont également relevés. MARCHAND a rapporté un cas de psychose périodique évoluant parallèlement avec une adiposité, polyurie et polydipsie.

L'étude plus approfondie de ces rapports nous montre qu'ils sont étroits. En effet, les troubles mentaux apparaissent pour la première fois en 1947, quand la malade avait vingt-huit ans, soit sept ans après les premiers symptômes somatiques de la maladie périodique. On peut donc dire que Mme B... a présenté ces deux variétés de troubles à peu près à la même époque, quand elle était adulte jeune.

De nombreux auteurs ont insisté sur les facteurs déclenchant les crises de maladie périodique. En particulier, CATTAN et coll. qui ont fait le point de la question, il y a deux ans à peine [182], signalent non pas tant certains aliments prônés par d'autres [116] que la fatigue physique. De même, dans notre observation, il existe des facteurs physiques et mentaux qui s'intriquent : ainsi le premier état dépressif survenu en 1947, contemporain de la crise de désintoxication morphinique, nous autorise à nous demander dans quelle mesure il n'est pas lié au « stress psychique » provoqué par le sevrage. Plus tard, lors du séjour en

Algérie, les différentes crises semblent être secondaires au surmenage physique et nerveux causé par la brutalité du mari.

D'autre part, les relations chronologiques entre les troubles somatiques et psychiques sont évidentes. Nous ne pouvons reprendre leur énumération qui serait fastidieuse et constituerait une redite. Si on se reporte à leur description, on note que toutes les combinaisons sont possibles entre eux : soit l'alternance comme durant les premières années de la maladie, pendant lesquelles les crises douloureuses abdominales sont suivies de l'épisode dépressif, soit la concomitance parfois très régulière comme durant le séjour en Algérie où chacun des symptômes survient au même moment, dans le même ordre, au cours de chaque crise; inversement, la sédation d'un ou plusieurs des symptômes, comme la défervescence thermique, s'accompagne de la disparition des troubles psychiques. Donc, les troubles mentaux présentent, dans notre cas, un caractère indéniable de périodicité, au sens large où l'entendent tous les auteurs, bien qu'il soit impropre, ainsi que l'ont écrit Abely et Lauzier *.

Un autre point commun est l'incidence pharmacologique, malgré ses insuffisances, car les drogues utilisées ne l'ont pas été dans un but étiologique mais symptomatique et leur efficacité est inconstante, mais quand elles agissent, leur effet se fait sentir à la fois sur les éléments classiques de la maladie périodique et sur les troubles mentaux. Ainsi la nivaquine a fait céder la fièvre et ces derniers en juillet 1963. Mais au cours de l'accès suivant, elle est inefficace. Et à la fin de 1963, la chlorpromazine a fait céder un accès « psycho-fébrile », là où venait justement d'échouer la nivaquine.

Enfin, un dernier élément, bien qu'encore hypothétique à l'heure actuelle, réunit ces deux variétés de manifestations. Il consiste à envisager une étiologie diencéphalique commune, corroborant ainsi l'avis des premiers auteurs, Borel et Mordret [37]. En effet, on connaît le rôle régulateur du diencéphale à la fois dans l'équilibre de l'humeur, dans l'homéothermie et dans le métabolisme de l'eau. Or, notre malade est une grande obèse par « rétention d'eau » ou hydrolipopexie (88 kg pour 1,54 m)

(*) *Ann. Méd. Psych.*, mai 1964, p. 730.

qui résiste au traitement amaigrissant classique (anorexigènes, diurétiques et anticellulitiques). Mise à part cette obésité avec « facies diencéphalique », l'examen clinique est entièrement négatif.

Cette théorie n'est pas récente, puisque c'est à ABELY et ses collaborateurs [26] que revient le mérite d'avoir montré, dès 1934, « le rôle très important du dysfonctionnement hypophysaire dans la psychose maniaque dépressive » au cours d'une communication à la Société Médico-Psychologique, séance du 12 juillet 1934, intitulée « Psychose maniaque dépressive et hyperplasie hypophysaire ». L'examen anatomo-pathologique de l'hypophyse montrait « son volume inusité et son poids, 1,50 g (poids normal : 35 à 45 cg). L'ensemble des examens macro et microscopiques nous permit de constater une hyperplasie manifeste du lobe glandulaire avec formation adénomateuse acidophile permettant de conclure à l'hyperfonction ». En 1936, il publie un troisième cas anatomo-clinique identique.

Citons les précurseurs CLAUDE et LHERMITTE, en 1917, et surtout CAMUS, en 1922, qui, à partir de travaux expérimentaux, montra l'existence de centres régulateurs du psychisme siégeant dans le mésencéphale.

L'année suivante, le Professeur BARUK et Mlle GÉVAUDAN mettaient en évidence l'association, aux psychoses périodiques, de « l'atteinte de régions riches en centres végétatifs », comme la région infundibulo-tubérienne. Mlle GÉVAUDAN cite l'observation d'un enfant atteint de psychose périodique, chez lequel est apparu un syndrome infundibulo-tubérien.

Tout dernièrement, REIMANN [205] a soutenu cette théorie à l'aide de plusieurs observations dans son article « Hypothalamic-hypophyseal neural influence in periodic diseases ». D'une part, il rapporte différents accès périodiques, les uns purement somatiques, les autres somatiques et psychiques associés. D'autre part, il les rattache à une perturbation de l'axe hypothalamo-hypophysaire, avec examens histologiques à l'appui.

Ainsi, il rapporte l'observation de CRAMMER [34] : c'est un malade qui présente des accès durant deux-trois jours, survenant tous les sept jours, accès faits de dépression à laquelle s'associent une bradycardie, hypotension, oligurie, suivis de polyurie et hypothermie. Ces épisodes se sont échelonnés sur dix ans.

Il signale aussi le cas de MENNINGER-LERCHENTHAL où les épisodes mensuels d'insomnie, céphalées et sueurs, furent attribués à un sarcome de l'aire thalamique et hypothalamique, ainsi que celui de WOLFF and WOLF [59], où un garçon de quatorze ans présente des épisodes de fièvre, nausées, vomissements, dépression mentale et hypertension artérielle depuis l'âge de cinq ans, et se répétant toutes les trois semaines. Une encéphalographie gazeuse montra une atrophie corticale et une dilatation ventriculaire. Ces derniers auteurs ont expliqué ces troubles par un désordre hypothalamique qui entraînait la décharge périodiquement d'hormone adrénocorticotrope.

REIMANN rapporte le cas personnel d'une religieuse de trente-six ans présentant une hypertension artérielle et de la fièvre se reproduisant à des intervalles de dix jours. Ces épisodes commencent par de l'aptyalisme ou de la diarrhée et une intense céphalée, suivis d'hypertension artérielle, fièvre, frissons, tremblements, confusion mentale, dysarthrie, mydriase, injection conjonctivale et photophobie.

RICHTER [210] pense que les psychoses périodiques sont souvent accompagnées d'hypertension, fièvre, céphalées, tachycardie et diarrhée.

Nicholas BURCEL a vu plusieurs cas de maladie de Kleine-Levine, hypersomnie et boulimie périodique avec rétention d'eau augmentée, dépression mentale périodique, survenant tous les mois, tous les deux mois ou tous les trois mois.

Enfin, REIMANN conclut :

> « La cause ultime de la périodicité est inconnue, mais dépend théoriquement d'un biorythme inné, obscur, qui excite le système hypothalamo-hypophysaire pour entraîner une décharge diencéphalique. Les effets de la décharge " *are mediated autonomically* " et se manifestent par des réponses vaso-motrices exagérées dans les tissus et organes variés... »

Les lésions intra-crâniennes, présentes chez plusieurs malades, sont en faveur d'une théorie de l'origine centrale des maladies périodiques.

Donc, le cas que nous présentons étant très proche de ceux publiés par le Professeur BARUK, Mlle GÉVAUDAN, REIMANN et ses collègues américains, nous faisons nôtres leurs conclusions sur l'origine diencéphalique très probable des maladies périodiques.

En résumé, les nombreux exemples déjà rencontrés en psychiatrie de cette évolution parallèle des troubles somatiques et mentaux, la date voisine d'apparition des troubles, les facteurs déclenchants communs, les relations chronologiques étroites, l'incidence thérapeutique commune et l'hypothèse pathogénique commune, nous permettent d'insérer ces troubles mentaux dans le cadre de la maladie périodique méditerranéenne.

III. — Problème nosographique soulevé par la maladie périodique

Il revêt une grande importance, comme l'indique le désaccord existant entre les deux auteurs qui ont décrit les premiers cette maladie, l'auteur américain REIMANN et les auteurs français MAMOU et CATTAN. Voici les deux thèses en présence : REIMANN est le premier auteur qui a décrit les principaux traits cliniques de la « periodic disease » en 1948, tels que les reprendront les auteurs français trois ans plus tard, mais sous ce titre REIMANN englobe, outre ceux-ci, maints autres syndromes périodiques qui se répètent et résistent à tout traitement. MAMOU et CATTAN, eux, rapportent les premières observations en France, en 1951, à partir desquelles ils confèrent à la maladie périodique une autonomie clinique en ne faisant entrer dans cette maladie qu'un nombre limité de symptômes qu'ils réunissent sous le terme de « maladie périodique », terme prêtant à confusion malheureusement.

Déjà, en 1952, MAMOU exposait cette dualité de conception, Il écrit, en parlant de REIMANN

> « élargissant le cadre de l'affection, l'auteur rapporte des cas de purpura périodique, myasthénie récurrente, de paralysie périodique, de sialorrhée périodique avec éosinophilie. Pour cet auteur, il existerait un commun dénominateur à ces manifestations diverses et protéiformes dont la nature et la cause reste inconnues ... Est-il logique d'étendre cette maladie à tous les cas pathologiques de longue durée sous prétexte qu'ils ont une allure paroxystique ? ».

A nouveau, en 1956, dans sa monographie, MAMOU s'écarte encore plus nettement de la conception de REIMANN en traitant un chapitre, au titre significatif, intitulé : « L'épanalepsie, mala-

die périodique, doit être différenciée des autres syndromes périodiques », et dans un des derniers chapitres (ch. 12), il énumère ces derniers sur lesquels a insisté REIMANN, afin de les opposer à la « maladie périodique ».

Enfin, en 1962, CATTAN et ses collaborateurs reprennent la thèse de MAMOU dans l'introduction de la communication à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris :

> « Il appartenait aux auteurs français de tracer le véritable cadre de la maladie, d'en éliminer tout ce qu'on lui avait inutilement ajouté... »

Entre temps, le Professeur BARUK, en 1959, dans son Traité de Psychiatrie, soulevait ce problème de la périodicité « dont le cadre dépasse même largement le territoire du système nerveux mais affecte toute la pathologie et la physiologie », créant le terme de « maladies périodiques » au pluriel, qui comprend les manifestations cycliques décrites par REIMANN, onze ans auparavant, et se rapproche ainsi de l'opinion de l'auteur américain.

Tout récemment, ce dernier a fait paraître, en 1963, un ouvrage : « Periodic diseases » au pluriel également, dans lequel il dresse un tableau nosographique provisoire des maladies périodiques dont nous énumérons quelques-unes :

— péritonite périodique;
— fièvre périodique;
— œdème périodique;
— purpura périodique;
— myélodysplasie périodique;
— thrombocytopénie périodique;
— ulcération aphteuse récurrente des muqueuses buccales et génitales;
— arthrose périodique;
— sialadénose périodique;
— pancréatose périodique;
— paralysie périodique;
— vomissements périodiques de l'enfance;
— hypertension périodique;
— rhinites et bronchites périodiques;
— troubles rénaux périodiques;
— dermatoses périodiques;
— psychoses périodiques et troubles psycho-névrotiques mineurs périodiques.

Reimann n'est d'ailleurs pas le seul à décrire ces manifestations pathologiques périodiques. Nous relevons dans la littérature étrangère un article d'un auteur danois, Hertz, qui rapporte :

> « Deux cas psychiatriques de " maladie périodique " [41], le premier constitué par une psychose, le deuxième par un désordre névrotique. »

Entre ces deux positions extrêmes, on peut adopter une attitude moyenne qui est la nôtre : tout en reconnaissant une autonomie clinique certaine à la maladie périodique, avec la triade symptomatique et les troubles mentaux, il faut admettre qu'elle n'est qu'une des nombreuses manifestations de la périodicité en pathologie générale.

* *

En terminant cet exposé, nous ne pouvons nous empêcher de remarquer l'importance qu'attachent les psychiatres, à côté de leurs confrères de médecin générale, au concept de périodicité. Ces derniers émettent même des avis « diamétralement » opposés à propos de l'évolution périodique de certaines maladies mentales.

Ainsi, la schizophrénie faisait s'affronter deux thèses, il y a moins d'un an : celle de Panayotopoulos et Abraham qui décrivirent, dans les *Annales Médico-psychologiques* de février 1964, « les formes périodiques de la schizophrénie » [43], et celle du Professeur Baruk qui donnait la réplique, un mois plus tard, dans sa communication à la Société Médico-Psychologique (séance du lundi 23 mars 1964) : « Les syndromes d'aspect schizophrénique relevant de la psychose périodique ». Finalement, Abely et Lauzier [46] faisaient part de leurs réflexions après la lecture de ces deux avis contraires dans leur article « La destinée des notions de périodicité, d'atypisme et d'incurabilité en pratique psychiatrique ». Ils insistent sur la difficulté d'apprécier l'évolution d'une maladie mentale, difficulté qui expose à deux dangers : le premier consistant à affirmer trop facilement la périodicité d'une psychose, sans faire aucun contrôle à la fois multiple, prolongé, répété, le deuxième, à l'inverse, et qui est beaucoup plus grave, consistant à soutenir que toutes les psy-

choses sont, tôt ou tard, vouées à la chronicité. « En médecine », écrivent ABELY et LAUZIER ([46], p. 734), en accord avec les idées maîtresses du Professeur BARUK,

> « rien n'est définitivement irréversible, à l'exception de la mort. Il faut toujours miser sur la chance et sur l'inconnu qui peut ne l'être plus demain ».

CONCLUSIONS

I. — La publication du cas d'une malade présentant une maladie périodique méditerranéenne et des troubles mentaux également périodiques, pose le problème des rapports existant entre la maladie périodique et la psychose périodique.

II. — L'observation originale que nous rapportons est caractérisée d'une part par la triade symptomatique classique de la maladie périodique : syndrome fébrile, articulaire et abdominal, à laquelle s'associent des signes cutanés et, d'autre part, par les troubles mentaux à type d'excitation ou de dépression périodiques.

III. — Nous discutons les rapports de la maladie périodique de Reimann, de la psychose périodique et de la périodicité en général. D'une part, l'étude approfondie des relations qui existent entre les troubles somatiques de la maladie périodique et les troubles mentaux, montrent que les troubles mentaux cycliques, eux aussi, tantôt alternent avec un ou plusieurs des symptômes classiques de la maladie périodique, tantôt les accompagnent, qu'ils cèdent à la même thérapeutique symptomatique qui fait céder les troubles somatiques et qu'ils disparaissent en même temps qu'eux. On peut donc penser que cette atteinte psychique est, non pas une coïncidence fortuite, comme les deux autres cas publiés en France semblent le montrer, mais font partie intégrante de la maladie périodique.

D'autre part, on peut considérer que la coexistence de la maladie périodique et de la psychose périodique trouve sa place dans une périodicité plus générale, touchant aussi bien ce qui

est pathologique que physiologique selon les conceptions du Professeur BARUK exposées dans son « Traité de Psychiatrie », en 1959 :

> « La périodicité constitue un caractère général d'une extrême importance qui se traduit non seulement par des oscillations du tonus neuro-affectif, oscillations pouvant être à l'origine non seulement de la manie et de la mélancolie, mais des psychoses et des névroses les plus variées, mais encore par des perturbations de toutes les fonctions organiques et même neurologiques ... Le cadre de la périodicité dépasse même largement le territoire du système nerveux affectant toute la pathologie et la physiologie. »

Vu, le Doyen :
CORDIER

Vu, le Président de Thèse :
DE SEZE

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

I) PERIODICITE EN PSYCHIATRIE

1. Aretée de Cappadoce, Ier et IIe après J.-C.

2. Pinel (Ph.), 1809. — Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale.

   Pinel (Ph.), 1818. — Nosographie philosophique ou méthode de l'analyse appliquée à la médecine. (Paris, tome III.)

3. Esquirol (J. Ed.), 1838. — Des maladies mentales. (Paris, tome II.)

4. Griesinger (W.), 1845. — Traité des maladies mentales. (Stuttgart, édition de 1865, traduite par le Docteur Doumic.)

5. Falret (J.P.), 1851. — Marche de la folie : forme circulaire des maladies mentales. (*Gazette des Hôpitaux.*)

   Falret (J.P.), 1854. — Mémoire sur la folie circulaire. (*Bull. de l'Académie Impériale de Médecine*, pp. 382-400.)

6. Falret (J.), 1890. — Etude clinique sur les maladies mentales et nerveuses. Chapitre XV : La folie circulaire ou folie à formes alternes, pp. 584-620.

7. Baillarger, 1854. — Note sur un genre de folie dont les accès sont caractérisés par deux périodes régulières, l'une de dépression et l'autre d'excitation. (*Bull. de l'Académie de Médecine*, séance du 31 janvier 1854, t. XIX, p. 340.)

   Baillarger, 1890. — Folie à double forme. Chapitre III, dans : Recherches sur les maladies mentales, pp. 143-157.

   Baillarger, 1880. — Leçons sur la folie à double forme. (*Ann. Méd. Psych.*)

8. Morel (Ang-Benedict), 1860. — Traité des maladies mentales.

9. Kahlbaum, 1874. — Ueber zyclisches Irresein.

10. Régis (E.), 1883. — Communication à la Société Médico-Psychologique.

    Régis (E.), 1892. — Manuel pratique de médecine mentale, p. 203.

11. Ritti (A.), 1883. — Traité clinique de la folie à double forme.

12. Magnan (V.), 1890. — De la folie intermittente. (*Communication au Congrès International de Médecine.*)

13. Chaslin, 1894. — La confusion mentale primitive.

Chaslin, 1920. — Quelques mots sur la confusion mentale. (*Soc. Méd. Psych.,* 26 avril 1920.)

14. Bessière, 1913. — Paranoïa et psychose périodique. (*Thèse,* Paris, Legrand édit.)

15. Kraepelin (E.), 1915. — Psychiatrie, 8, Aufgabe.

16. Claude et Lhermitte, 1917. — Le syndrome infundibulaire dans un cas de tumeur du troisième ventricule. (*Presse Médicale,* 23 juillet 1917.)

17. Camus (J.), 1911 et 1922. — La régulation des fonctions psychiques. Troubles mentaux par lésions extra-corticales. (*Paris Médical,* 7 octobre 1911 et 21 octobre 1922.)

Camus (J.), 1923. — Centres psycho-régulateurs et centres psychiques extra-corticaux. (*La Médecine,* février 1923, p. 351.)

18. Obregia, 1924. — Formes atypiques de la psychose périodique. (*Bull. de la Société Roumaine de Neurologie.*)

19. Lange (S.), 1928. — Die endogenen u. reaktiven Gemitserkrangkungen u. die Manisch Depres. constitution. (Berlin.)

20. Baruk (H.), Meignant, mai 1929. — Les paralysies périodiques. (*Encéphale,* tome XXIV, n° 5.)

21. Obregia (Al.) et Tomesco, 1929. — Catatonia periodica. (*Spitalule,* p. 273.)

22. Halberstadt, 1930. — Syndromes anormaux au cours de la psychose maniaque dépressive. (*Ann. Méd. Psychol.,* février 1930.)

23. Sidawy (J.), 1931. — La catatonie intermittente. Diagnostic différentiel avec la crise de catatonie hystérique. (*Thèse,* Paris.)

24. Rouart (J.), 1935. — Psychose maniaque dépressive et folies discordantes. Situation nosographique de quelques formes particulières par rapport à ces entités. (*Thèse,* Paris.)

24. Abely, Passek et Royer, 1931. — Recherches sur le fonctionnement de l'hypophyse au cours de la psychose maniaque dépressive. (*Ann. Méd. Psych.,* 1931, t. II, p. 163.)

25. Abely, Passek et Couléon, 1932. — Nouvelles recherches sur le fonctionnement de l'hypophyse au cours de la psychose maniaque dépressive. Extension de la réaction de Zondek. (*Ann. Méd. Psych.,* 1932, t. I, p. 165.)

26. Abely (X. et P.) et Couléon, 1934. — Psychose maniaque dépressive et hyperplasie hypophysaire. (*Ann. Méd. Psych.,* 12 juillet 1934, p. 293.)

27. Abely (X. et P.), Anglade et Rondepierre, 1936. — Psychose maniaque dépressive et hyperplasie hypophysaire. (*Ann. Méd. Psychol.*, 9 juillet 1936, p. 255.)

28. Obregia, 1936. — La cyclophrénie : révision du chapitre « Psychose maniaque dépressive ». (*Bull. Soc. de Psychiatrie de Bucarest*, t. I, n° 1.)

29. Baruk (H.) et Gévaudan (Mlle Y.), février 1937. — La psychose périodique chez l'enfant. (*Ann. Méd. Psych.*)
Baruk (H.) et Gévaudan (Mlle Y.), mars 1937. — Hystérie et psychoses périodiques. (*Revue Médicale Française.*)
Baruk (H.) et Gévaudan (Mlle Y.), avril 1937. — Syndromes périodiques nerveux et mentaux en dehors des états maniaques dépressifs. Les névraxoses périodiques. (*Ann. Méd. Psych.*, n° 4, pp. 641-653, séance du 26 avril 1937 à la Soc. Méd. Psych.)

30. Baruk (H.) et Poumeau-Delille, mai 1937. — Paralysies et psychoses périodiques. (*Société de Neurologie.*)

31. Gévaudan (Mlle Y.), 1937. — Syndromes périodiques nerveux et mentaux en dehors des états maniaques dépressifs. (*Thèse*, Paris, Vigot frères édit.)

32. Santenoise, 1938. — Les troubles neuro-végétatifs dans les maladies mentales. (*Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes*, Alger, XLII[e] session, 6-11 avril 1938.)

33. Jaspers (K.), 1948. — Allgemeine Psychopathologie.

34. Crammer (J.L.), 1950. — Periodic Psychoses. (*Brit. Med. J.*, 1, 545.)

35. Baruk (H.), 1950. — Précis de Psychiatrie. (Paris.)

36. Baruk (H.), 1955. — Psychiatrie sociale. (Collection P.U.F.)

37. Borel (J.) et Mordret (Mlle), 20 août 1955. — Maladie périodique et troubles psychiques. (*Concours Médical*, p. 3159.)

38. Papadimitriou (G.) (d'Athènes), octobre 1955. — Les syndromes périodiques mentaux non maniaques dépressifs. (*Ann. Méd. Psych.*, 113[e] année, t. 2, n° 3, pp. 424-460.)

39. Hirschberg (J.), 1956. — Contribution à l'étude des fausses schizophrénies. (*Thèse*, Paris.)

40. Baruk (H.), 1959. — Traité de psychiatrie Masson (2 volumes). Chapitre VI du tome I : « La maladie périodique en psychiatrie. Les maladies périodiques », pp. 284-306.

41. Hertz (M.), 10 novembre 1960. — Two psychiatric cases of « periodic disease ». (*Nordisk Medicine*, Danemark, 64 : 1420-1423.)

42. Borel (J.), Camar (R.), Jacquelin (Mlle Cl.), Ferrière (M.R.), 1961. — Maladie périodique de Reimann chez un délirant chronique épileptique. (*Ann. Méd. Psych.*, pp. 729-732, séance clinique du 13 mars 1961 de la Soc. Méd. Psych.)

43. Panayotopoulos et Abraham, 1964. — Formes périodiques de la schizophrénie. (*Ann. Méd. Psych.*, 122e année, février 1964, t. I, n° 2, pp. 193-219.)

44. Lauter (H.) (Allemagne), 16 mars 1964. — Pathological 3-phase rhythm in diencephalic diseases. (*Arch. Psych. Nervenkr.*, 205 : 149-164.)

45. Baruk (H.), avril 1964. — Les syndromes d'aspect schizophrénique relevant de la psychose périodique. (*Ann. Méd. Psychol.*, 122e année, avril 1964, tome I, n° 4, séance du 23 mars 1964.)

46. Abély (P.), Lauzier (B.) (de Paris), mai 1964. — La destinée des notions de périodicité, d'atypisme et d'incurabilité en pratique psychiatrique. (*Ann. Méd. Psych.*, mai 1964, tome I, n° 5, pp. 729-746.)

47. Doust (J.), juin 1964. — Biological clocks : psychophysiologic evidence for the existence of one such clock specific to certain psychiatric disorder. (*Canad. Psych. An. J.*, 9 : 210-220.)

II) LES MALADIES PERIODIQUES AUTRES QUE LES PSYCHOSES PERIODIQUES

48. Heberdin (W.), 1806. — Commentaires sur l'historique et le traitement des maladies. London, ch. 29, p. 151.)

49. Osler (W.), 1895. — *Amer. Journ. of the Med. Sc.*, 110 : 129.
Osler (W.), 1900. — *Brit. Journ. of Derm.*, 12 : 227.
Osler (W.), 1904. — *Amer. Journ. of the Med. Sc.*, 127 : 751.
Osler (W.), 1914. — *Brit. Med. Journ.*, I : 517-525.

50. Janeway (E.G.) et Mosenthal (H.O.), 1908. — Syndrome paroxystique inhabituel. (*Tr. A. Amer. Physicians*, 503-518.)

51. Alt (H.L.) et Barker (M.H.), 10 mai 1930. — Fièvre d'origine inconnue. (*J.A.M.A.*)

52. Rutledge (B.H.) et Hansen-Pruss, juin 1930. — Agranulocytose récurrente. (*Bull. Johns Hopkins Hosp.*)

53. Cooke (R.A.), 1933. — Manifestation d'allergie gastro-intestinale. (*Bull. New York Acad. Med.*, janvier 1933, 9 : 15-24.)

54. Thompson (W.P.), 25 janvier 1934. — Neutropénie cyclique. (*New England J. Med.*, 210, 176-178.)

55. Althausen, Deamer et Kerr, 1937. — False acute abdomen. (*Ann. of Surg.*, 106-242.)

56. Allen (E.V.), février 1937. — Intermittent hyperthermia of seven years' duration. (*Ann. Int. Med.*, 10 : 1204-1211.)

57. Scott (J.), Kirschner (M.H.), 6 août 1938. — Fièvre intermittente ayant duré trois ans et demi. (*Lancet.*)

58. Kendall, Emerson et Don Van Slyke, janvier 1942. — The nephrotic crisis. (*Journ. of Mount Sinaï Hosp.*)

59. Wolf (S.) et Wolff (H.G.), août 1942. — Intermittent fever of unknown origin. Recurrent high fever with benign outsome in a patient with migraine and notes on « neurogenic » fever. (*Arch. Int. Med.*, 70 : 293-302.)

60. Hench (P.S.) et Rosenberg (E.F.), avril 1944. — Rhumatisme palindromique. (*Arch. Int. Med.*, 73 : 293-321.)

61. Siegal (S.), 23 juillet 1945. — Péritonite bénigne paroxystique. (*Ann. Int. Med.*)
Siegal (S.), 1949. — *Gastro-Enterology*, 12, 234.

62. Abrevaya Marmarali, 1946. — A propos d'un syndrome abdominal bizarre. (*Bull. de la Soc. Turque de Méd.*, n° 12.)

63. Fontan, Verger et Labatut (Mlle), 1946. — Une complication peu connue de la néphrose lipoïdique : la cellulodermite aiguë. (*Journ. de Méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, n° 3-4.)

64. Curth, août 1946. — Recurrent genito-oral aphtosis and uveitis with hypopion (Behcet's syndrome). (*A.M.A. Arch. Derm. and Syphiligr.*, 54 : 174-196.)

65. Reznikoff, 1946. — Neutropénie cyclique. (*Tr. Soc. Am. Physicians*, 59 : 276-281.)

66. Laederich (L.), Mamou (H.), 22 novembre 1947. — Péritonite fugace à éosinophiles. (*Presse Médicale.*)

67. Voegtlin (R.), 1947. — Crises abdominales aiguës au cours des syndromes néphrotiques. (*Ann. de Méd.*, tome 48, pp. 211-233.)

68. Rowe (A.H.), mai-juin 1948. — Fever due to food allergy. (*Ann. Allergy*, 6 : 252-259.)

69. Berardinelli, 1948. — Seminario clinico.

70. Reimann (H.A.), 24 janvier 1948. — Periodic Disease. (*J.A.M.A.*, tome 136, pp. 239-244.)

Reimann (H.A.), 1949. — Periodic disease. (*J.A.M.A.*, tome 141, pp. 175-182.)
Reimann (H.A.), 1949. — Periodic disease. (*Medicine*, 30 : 219.)

71. Reimann (H.A.) et Berardinis (J.), 1949. — Periodic (cyclic) neutropenia : an entity. (*Blood*, n° 4, p. 1109.)

72. Portier (A.) et Vollenveider, 1949. — Néphrose lipoïdique et crises douloureuses abdominales aiguës. (*Algérie Médicale*, 52 : 325.)

73. Pasteur Vallery-Radot, Milliez, Laroche et Lhermitte, 29 avril 1949. — Douleurs abdominales par lésions pancréatiques au cours de certaines néphrites œdémateuses et de certaines néphroses lipoïdiques. (*Bull. et Mém. S.M.H. Paris,* p. 616.)

74. Brick (J.B.), avril-mai 1949. — Periodic disease : a case of intermittent fever. Splenomegaly and leukopenia of eleven year's duration. (*Bull. Georgetown Univ. M. Center.*)

75. Domart (A.), Auquier (L.). — Rhumatismes allergiques et palindromiques. (*Sem. des Hôp. Paris,* 2 novembre 1950, p. 4216.)

76. Reimann (H.A.), 1950. — Periodic Disease. (*Revue Méd. de Liège,* 4 : 780-798.)

77. Gauthier-Villars (P.), 22 mai 1950. — Lésions élémentaires des inflammations allergiques. (*Sem. des Hôp. Paris,* p. 1812.)

78. Koang (N.K.), Spriet (R.) (Shanghaï), 1951. — Péritonite allergique chez une Chinoise. (In P.V. Radot et Tzanck : Allergie.)

79. Cattan (R.) et Mamou (H.), 1951. — Quatorze cas de maladie périodique dont 8 compliqués de néphropathies. (*Bull. et Mém. Sem. Hôp. Paris,* n° 25 et 26, p. 1104.)

80. Voizin (G.), mars-avril 1951. — Auto-sensibilisation et maladies auto-entretenues. (Suppl. du *Paris Médical,* p. 43.)

81. Mamou (H.), novembre 1951. — La maladie périodique. (*La Tunisie Médicale.*)

82. Willis (W.H.), 1951. — Treatment of benign paroxismal peritonitis with paraaminobenzoïacid. (*J.A.M.A.,* 147 : 654.)

83. Rinckel (H.J.), Randolph (J.G.), Zeller (M.), 1951. — Food Allergy. (U.S.A., Thomas édit.)

84. Brick et Capgras, 1951. — *New England Journ. of Med.,* 244 : 186.

85. Reimann (H.A.) et Angelides (A.P.), 1951. — Periodic arthralgia in twenty three members of five generations of a family. (*J.A.M.A.,* 146 : 713.)

86. Reimann (H.A.) et Lindquist, 1952. — Periodic sialorrhea. (*J.A.M.A.,* 149 : 1465.)

87. Mamou (H.) et Cattan (R.), 2 avril 1952. — La maladie périodique. (*Sem. des Hôp. Paris,* 28 : 1062.)

88. Bendelac (R.), 1952. — Maladie périodique marocaine, 31 : 808.

89. Berardinelli (W.), Ary de Castro, Teixeira (W.), Alvary de Castro (Rio de Janeiro), 1953. — La maladie périodique au Brésil. (*Presse Médicale,* n° 80, p. 1645.)

90. Siguier (F.), 1953. — A propos d'une maladie bizarre dite périodique. (*Presse Médicale*, n° 40, p. 831.)

91. Gelin (G.), Azuelos (A.) (Oran), 1953. — Trois observations typiques de maladie périodique de Reimann recueillies en milieu israélite algérien. (Séance du 5 janvier de la Soc. Méd. Hôp. Lyon.)

92. Camatte (G.), Rouquette (M.), Ruiz (M.), 1953. — Un cas de maladie périodique. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. Paris*, séance du 16 janvier 1953, 69 : 60.)

93. Mamou (H.) et Guérande (A.), 30 janvier 1953. — Néphrose lipoïdique et maladie périodique. (*Semaine Médicale*, n° 4.)

94. Siguier (F.), Welti (J.J.), Zara (M.), Funck-Brentano (J.L.). — Maladie périodique à manifestations particulièrement aberrantes. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, séance du 15 mai 1953, pp. 422-427.)

95. Mamou (H.), Bernard (A.). — Sur deux nouveaux cas de maladie périodique. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, séance du 15 mai 1953, pp. 431-435.)

96. Siguier (F.), Zara (M.), Funck-Brentano (J.L.), Lagrue (G.). — Existe-t-il une forme « rhumatismale » pure de la maladie périodique ? Esquisse de ses parentés morbides. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, séance du 15 mai 1953, pp. 427-431.)

97. Hayat, juin 1953. — Remarques à propos de la maladie périodique. (*Tunisie Médicale*, n° 6.)

98. Mordache (D.), 1953. — A propos d'un syndrome curieux pouvant rentrer dans le cadre de la maladie dite périodique. (*Thèse*, Paris, n° 88, dactyl.)

99. Zanzouri (M.A.), 1953. — Contribution à l'étude de la maladie périodique (à propos d'un nouveau cas observé à Marrakech). (*Thèse*, Paris, n° 540, dactyl.)

100. Neffah (J.), 1953. — La néphrose lipoïdique. (*Thèse*, Paris.)

101. Hitzig (W.H.) et Fanconi (G.), 1953. — Das « periodische Fieber » und seine Differential Diagnose. (*Helvetica Paediatrica Acta*, 8, fasc. 4, 326-347.)

102. Calligaris (G.), 30 septembre 1953. — Due casi familiari di « malattia periodica ». (*Minerva Pediatrica*, 5, 18.)

103. Reimann (H.A.), octobre 1953. — Periodic disease. (*Arch. of Int. Med.*)

104. Cattan (R.), novembre 1953. — La maladie périodique. (*La Vie Médicale*, 34, 951.)

105. Benhamou (Ed.), Albou (A.), Griguer (P.), 1953. — Les formes familiales de la maladie périodique. (*Soc. Méd. des Hôp. d'Alger*, séance du 15 décembre 1953. Cité par la *Presse Médicale*, 1954, n° 7, p. 157.)

106. Siguier (F.), Zara (M.), Funck-Brentano (J.L.), Lagrue (G.), 1953. — Réflexions sur la maladie dite périodique. (*Sem. Hôp. Paris,* 20 novembre 1953, 29 : 3649-3658.)

107. Siguier (F.), Sébaoun (J.), 1954. — Maladie périodique avec crises de sialorrhée et neutropénie cyclique. (*Bull. et Mém. S.M.H.P.,* 22 janvier 1954, pp. 27-31.)

108. Siguier (F.), Zara (M.), Sébaoun (J.), 1954. — Formes aberrantes et frontières nosologiques de la maladie dite périodique. (*Bull. et Mém. S.M.H.P.,* séance du 22 janvier 1954, pp. 31-36.)

109. Cattan (R.), 1954. — La maladie périodique. Dix observations et deux hypothèses. (*Bull. et Mém. S.M.H.P.,* n°s 1-2, pp. 43-49.)

110. Benhamou (Ed.), Albou (A.), Destaing (F.), Ferrand (B.) et Boineau, 1954. — Périartérite noueuse et maladie périodique. (*Bull. et Mém. S.M. H.P,.* séance du 12 mars 1954, pp. 247-254.)

111. Benhamou (Ed.), Albou (A.), Griguer (P.), 1954. — Remarques cliniques, biologiques et thérapeutiques sur la maladie périodique. (à propos de 24 cas personnels). (*Bull. et Mém. S.M.H.P.,* séance du 12 mars 1954, pp. 254-259.)

112. Benmussa et Corcos (A.), 1954. — Monoarthrite aiguë récidivante et paroxysmes abdominaux. Maladie dite périodique. (*Journées de Pédiatrie de Tunis,* avril 1954.)
Un cas de maladie périodique compliqué de néphrite azotémique opéré. Vaste hématome rénal, néphrectomie. Guérison. (*Journ. Péd. Tunis,* avril 1954.)

113. Sébaoun (J.), 1954. — La maladie dite périodique. A propos de 3 observations personnelles. (*Thèse,* Paris, n° 552.)

114. Jackson (A.), avril 1954. — Amyloïdosis. (*Arch. of Int. Med.,* vol. 93.)

115. Toussaint (R.), 1954. — Contribution à l'étude des maladies périodiques. (*Thèse,* Paris, n° 285, dactyl.)

116. Mamou (H.), 1954. — Nouveaux cas de M.P. Remarques biologiques et pathogéniques. (*Bull. et Mém. S.M.H.P.,* séance du 21 mai 1954, n°s 15-16, pp. 520-524.)

117. Tamchès (A.) (Le Caire), 1954. — Etiologie probable de la maladie dite périodique. (*Presse Médicale,* 8 mai 1954, n° 34, p. 736. In Correspondance.)

118. Ferrand (M.), Wildocher (D.), 1954. — La maladie périodique. (*Algérie Médicale,* 54 : 19, 1954.)

119. Schapiro et Treinin, 1954. — La maladie périodique. (*Revue de la Presse Médicale Israëlienne,* in *A.M.I.F.,* 3 : 61.)

120. Mamou (H.), 30 janvier 1955. — Maladie périodique amylogène. (*Sem. des Hôp.,* n° 7.)

121. Cattan (R.), 19 février 1955. — Les néphropathies de la maladie périodique. (*Presse Méd.*, n° 13, pp. 237-238.)

122. Artunkal (S.), Seyahi (V.), avril 1955. — Cinq cas de maladie périodique. (*Bull. de la Société Turque de Médecine*, Istanbul, 21 : 4.)

123. Pasteur Vallery-Radot, Halpern (B.N.), 1er juillet 1955. — Introduction à l'étude des maladies allergiques. (*La Revue du Praticien*, p. 1937.)

124. Robert d'Eshougues (J. et J.), Miniconi (P.), 1er juillet 1955. — Les manifestations digestives de l'allergie. (*La Revue du Praticien*, p. 1967.)

125. Remzi Kocagil, 1955. — Deuxième cas de maladie périodique, publié dans la revue *Hastaham* (Turquie.)

126. Benhamou (Ed.), Albou (A.), Griguer (P.), Sayag (P.) (Alger), 1955. — Correspondance *Presse Médicale* du 9 avril 1955, p. 546, en réponse à l'article de Cattan paru dans la *P.M.* du 19 février 1955, p. 237, « Les néphropathies de la maladie périodique ».

127. Sayag (Paule), 1955. — Contribution à l'étude de la maladie périodique. A propos de 38 cas personnels. Thèse Alger.

128. Winer (B.), Purtal (K.), 31 octobre 1955. — Un cas de maladie « périodique ». (*Polski Tygodnik Lekarski*, Varsovie, 10 : 44, pp. 1438-1440.)

129. Cattan (R.), novembre 1955. — Drames chirurgicaux de la maladie périodique. (*Revue Médicale Française.*)

130. Harvier (P.), Pestel (M.), Turiaf (J.). — Articles séparés dans *La Revue du Praticien* du 1er novembre 1955, « Les maladies du collagène ».

131. Coste (F.), 1er novembre 1955. — Relations des affections rhumatismales avec les collagénoses. (*La Revue du Praticien*, p. 2955.)

132. Lemaire (A.) et Debray (J.), 1955. — Les auto-anticorps en pathologie générale. (*Rapport du XXXe Congrès de Médecine d'Alger.*)

133. Hitzig (W.H.), décembre 1955. — La maladie périodique. (*Helvetica Paediatrica Acta*, Bâle, 10 : 6, pp. 649-671.)

134. Monnet (P.), 5 décembre 1955. — Première observation lyonnaise autochtone (publiée) de maladie périodique. (*Lyon Médical*, pp. 291-300.)

135. Gonzalès (R.F.) et Gardner (L.I.), avril 1956. — Congenital adrenal hyperplasia with associated episodes resembling histamine poisoning. (*Pediatrics*, 17, 524-531.)

136. Sarles (H.) et Bernard (P.), séance du 2 juillet 1956. — Maladie périodique : vasodilatation péritonéale constatée par la laparoscopie au cours d'une crise. Action de la dihydroergotamine. Rapporteur : M. Caroli, à la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie.

137. Mamou (H.) et Maret (H.), 22 octobre 1956. — Etude anatomo-clinique d'une épanalepsie méconnue chez un Arménien. (*Semaine des Hopitaux de Paris,* n° 62.)

138. Mamou (H.), 1956. — L'épanolepsie, maladie périodique. (Paris, Expansion Scientifique Française.)

139. Abarca-Aguirre (C.G.), 1956. — La maladie périodique. Quelques annotations cliniques à propos de 2 cas étudiés dans le Service du Docteur Cattan. (*Mémoire pour le Titre d'Assistant Etranger,* Paris, dactyl.)

140. Bickel (G.), Lasserre (R.), 1957. — La maladie de Siegal-Cattan-Mamou. (*Journal Suisse de Médecine,* n° 1.)

141. Reimann (H.A.), 1957. — *New England J. Med.,* 256 : 652.

142. Yarkin (C.), Bankman (N.), 12 octobre 1957. — La maladie périodique en Turquie (Izmir, Turquie). (*Presse Médicale,* 12 octobre 1957, n° 73, p. 1633.)

143. Turpin et Gorin, 24 janvier 1958. — Un nouveau cas de maladie périodique à caractère familial avec manifestations cérébrales. (Suppl. *Sem. Hôp., Ann. de Pédiatrie,* pp. 220-226.)

144. Billiottet (J.), Renner (R.), Zittoun (R.), Gandin (J.), 9 mai 1958. — Sur un cas de maladie dite périodique. Hôpital maritime de Sidi Abdallah (Tunisie). (*Soc. Méd. Hôp. Paris,* séance du 9 mai 1958.)

145. Neimann (N.), Pierson (M.), Lascombes (G.), Ducas (J.) (Nancy), 14 mai 1958. — Deux cas de maladie périodique, publiés à la Société de Pédiatrie de l'Est et du Nord.

146. Bondy (P.K.), Cohn (G.L.), Hermann (W.), Crispeli (K.R.), juin 1958. — The possible relationship of etiocholanolone to periodic fever. (*Yale Journ. Biol. and Med.,* 30, 395-405.)

147. Heller (H.), Sohar (E.), Sherf (L.), juillet 1958. — Familial Mediterranean fever. (*Arch. of Int. Med.,* 102 : 50-71.)

148. Troché (G.), 1958. — Maladie périodique et lésions diffuses de réticulocytose. (*Thèse,* Paris, dactyl.)

149. Kappas (A.), Hellmann (L.), Fukushima (K.), Gallagher (T.F.), 18 octobre 1958. — The thermogenic effect and metabolite fate of etiocholanolone in man. (*J. of Clin. End. and Metab.,* 18 octobre 1958.)

150. Gardner (L.I.), Migeon (C.J.), 19 février 1959. — Inusual plasma 17-ketosteroïd pattern in a boy with congenital adrenal hyperplasia and periodic fever. (*J. of Clin. End. and Metab.,* p. 266.)

151. Génévrier (R.), Bourgeois (M.), Claude (M.), 16 juin 1959. — Maladie périodique et allergie : à propos de 2 observations. (*Soc. Franç. d'Allergie.*)

152. Beurey (J.), Mongeolle (J.M.), Rousselot (R.), Philbert (P.), 1960. — Le contexte dermatologique de la maladie périodique. (Séance du 10 mars 1960 de la Soc. Franç. de Dermat. et de Syphil. avec présentation de malades.)

153. Stein (W.), Strzalko (M.), mai-juin 1960. — Familial periodic paralysis and electroencephalographic changes. Description of two cases. (*Neurol. Neurochir. Psychiatr. Pol.*, Pologne, mai-juin 1960, 10 : 355.)

154. Mamou (H.), Lumbroso (A.), 12 juin 1960. — Maladie périodique et allergie. (*Sem. des Hôp.*, n° 27.)

155. Mamou (H.), Dray (F.), Chabaud (A.), Legrand (Mme S.), 12 juin 1960. — Métabolisme anormal des androgènes dans la maladie périodique. (*Sem. des Hôp.*, n^{os} 2-3, pp. 1721-1727.)

156. Nixon (R.K.), Priest (R.J.), (Détroit, Michigan), 7 juillet 1960. — Polysérite récidivante familiale simulant une manifestation abdominale aiguë relevant de la chirurgie. (*New England Journal of Medecine*, vol. 263, n° 1, pp. 18-21.)

157. Shahin Sohar, 1960. — Signes radiologiques de la fièvre méditerranéenne familiale. (*American Journal of Roentgenology.*)

158. Huart (F. d'), octobre 1960. — Periodic Peritonitis. (*Bull. Soc. Sci. Med.*, Luxembourg, 97 : 265-274, France.)

159. Simonin (R.), Lemierre (Y.), 1er décembre 1960. — Un cas de maladie périodique par allergie à la testostérone. (*Soc. d'Endocr. Ann. Endocr.*, Paris, 22 : 54-58 de janv.-fév. 1961.)

160. Robert d'Eshougues (J.), Grieger (P.), Gille (C.), 1960. — La chloroquine, médicament de la maladie périodique. (*Algérie médicale*, 1960, n° 4, pp. 319-331, cité par la Presse Médicale du 4 février 1961, p. 243.)

161. Kuley (M.), Kocak (N.), Aran (M.), janvier 1961. — A case of familial periodic paralysis manifesting as primary paralysis. (*Turk Tip. Cem. Mic.*, 72 : 62-68, Turquie.)

162. Lebacq (E.), Gossart (J.), Duez (P.), janvier-février 1961. — Péricardite et péritonite aiguës bénignes, deux formes de maladie périodique, un cas étant autochtone. (*Acta. Clin. Belg.*, 16 : 68-75.)

163. Lièvre (J.A.), Camus (J.P.), Bontoux (D.), 18 janvier 1961. — Les manifestations articulaires de la maladie périodique. (*Ligue française contre le rhumatisme.*)

164. Klinger (J.), Zeldis (A.), avril 1961. — Péritonite paroxystique bénigne, une forme clinique de la maladie périodique. (*Rev. Med. Chil.*, 89 : 297-298, Espagne.)

165. Sohar (E.), Prass (M.), Hell (J.), Heller (H.), avril 1961. — Genetics of familial mediterranean fever. (*Arch. of Int. Med.*, 107, 529-538.)

166. Heller (H.), Sohar (E.), Gafni (J.), Heller (J.), avril 1961. — Amyloïdoses in familial mediterranean fever. (*Arch. of Int. Med.*, avril 1961, 107, 539-550.)

167. Tokuomi (H.), Miyazaki (Y.), Tomiyasu (T.), 10 mai 1961, Japon. — A case of periodic paralysis. (*J. Jap. Soc. Int. Med.*, 50 : 177-181.)

168. Ehrenfeld (E.N.), Eliakim (M.), Rachmilewitz (M.), 1961. — Recurrent polyserositis. (Familial mediterranean fever : periodies disease). Rapport of fifty-five cases. (*Amer. J. Med.*, 1961, 31 : 107.)

169. Becker (J.-Cl.), 1961. — A propos d'un cas de maladie dite périodique. (s.l.n.d.). Thèse Strasbourg.

170. Siguier (F.), Bétourné (C.), Godeau (P.), 1961. — La maladie dite périodique en médecine interne. (*Concours Médical*, 1961, 84 : 17.)

171. Poskanzer (D.C.), Kerr (D.N.), septembre 1961. — A third type of periodic paralysis with normokaliema and favourable response to sodium chloride. (*Amer. J. Med.*, 31 : 328-342.)

172. Reimann (H.A.), 21 octobre 1961. — Hepatitis, a feature of periodic peritonitis. (*J.A.M.A.*, 178 : 334-335.)

173. Niemann (E.A.), Hurwitz (L.J.), novembre 1961. — Ocular sympathetic palsy in periodic migrainous neuralgia. (*J. Neurol. Neurosurg. Psych.*, 24 : 369-373.)

174. Annibalis (N. de), décembre 1961. — On a case of familial periodic paralysis. (*Arch. Ital. Anat. Istol. Pat.*, 35 : 427-451. Italie.)

175. Reimann (H.A.), février 1962. — Periodic fever, an entity. A collection of fifty-two cases. (*Amer. J. Med. Sc.*, 243 : 162-174.)

176. Reimann (H.A.), 1962. — Hereditary periodic edema. The inter-relation of familial periodic disorders. (*Am. J. Med. Sc.*, 243 : 727.)

177. Okinaka (S.), mars 1962. — Effect of antialdosterone drugs on periodic paralysis of the extremities and amyotonia. (*Naïka*, 9 : 475-482. Japon.)

178. Reimann (H.A.), Mills (L.C.), Nodine (J.H.), 1962. — Periodic hypertension. (*Amer. J. Med. Sc.*, 244 : 145.)

179. Wolff (S.M.), Adler (R.C.), Buskirk (E.R.), Thompson (R.H.), 1962. — A syndrom of periodic hypothalamic discharge. (*Abst. Clin. Res.*, 10 : 186.)

180. Chaimow, 1962. — Low-Fat Diet. in familial mediterranean fever proceeding of the tal. Ashower Hospital, 1, 2, 25, 28.

181. Dormer (A.E.), Hale (J.F.), 1962. — Familial mediterranean fever. (*Brit. Med. J. i*, 87.)

182. Cattan (R.), Khayat (G.), Hirsch-Marie (H.). — Notre expérience actuelle de la maladie périodique. (*Bull. et Mém. de la Soc. Med. Hôp. Paris.* Séance du 9 novembre 1962 consacrée à la maladie périodique, 1136-1155.)

183. Siguier (F.), Godeau (P.), Lévy (R.), Pasquier (P.), Thénot (A.). — Les formes subintrantes de la maladie périodique. (*Bull. et Mém. de la Soc. Med. Hôp. Paris.* Séance du 9 novembre 1962 consacrée à la maladie périodique, 1156-1161.)

184. Lièvre (J.A.), Camus (J.P.), Bontoux (D.). — Les signes articulaires de la maladie périodique. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. Paris.* Séance du 9 novembre 1962 consacrée à la maladie périodique, 1170-1176.)

185. Hamburger (J.), Méry (J.Ph.), Montéra (H. de). — Le rein de la maladie périodique. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. Paris.* Séance du 9 novembre 1962 consacrée à la maladie périodique, 1162-1169.)

186. Aron-Rosa (Mme D.), Morax (P.V.). — Les manifestations oculaires de la maladie périodique. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. Paris.* Séance du 9 novembre 1962 consacrée à la maladie périodique, 1177-1179.)

187. Méry (J.Ph.), Patte (D.), 1962. — Le rein de la maladie périodique. (*Les Actualités Néphrologiques de l'Hôpital Necker,* Paris, 1 vol., Edit. Médicales Flammarion.)

188. Blum (A.), Gafni (J.), Sohar (E.), Shibolet (S.), Heller (H.), novembre 1962. — Amyloïdosis as the sole manifestation of familial Mediterranean fever (F.M.F.). Further evidence of its genetic nature. (*Ann. Intern. Med.,* 57 : 795-799.)

189. Bernard (R.), Coignet (J.), Mariani (R.), Trouilloud (M.), Raquet (J.), Rathelot (B.), décembre 1962. — A propos de 9 cas de maladie périodique chez l'enfant. (*Soc. Franç. de Pédiatrie,* Réunion de Lyon du 2 décembre 1962.)

190. Satoyoshi (E.), Suzuki (Y.), Abe (T.), janvier 1963. — Periodic paralysis : a study of carbohydrate and thiamine metabolism. (*Neurologie,* Minneapolis, 13 : 24-33.)

191. Nazirov (M.R.), Glaskina (T.P.) (Russie), février 1963. — On so-called periodic disease (diencephalic syndrom). (*Azerbaïdzh Med. Zh.,* 2 : 77-82.)

192. Salomon (S.), juillet 1963. — Theoretical diencephalic factors in periodic paralysis. (*Arch. Neurol.,* Chicago, 9 : 55-63.)

193. Weinbren (J.), 14 septembre 1963. — Spontaneous periodic œdema. A new syndrom. (*Lancet,* 2 : 544-546.)

194. Mirouze (J.), Satingher (A.) (de Montpellier), septembre 1963. — Maladie périodique et syndrome néphrotique. (*XXXIV^e Congrès Français de Médecine,* Lyon, 26-28 septembre.)

195. Reimann (H.A.), 1963. — Periodic diseases. (1 vol. 187 p., F.A. Davis Co, Oxford.)

196. Ruffie (R.), Fournie (A.), Ayrolles (Mlle Ch.), Salvador (M.), 1963. — Un cas de maladie périodique. (*Soc. de Méd. Chir. et Pharm. de Toulouse,* 26 novembre 1963.)

197. Justin (A.), 1963. — Le rein de la maladie périodique. A propos de 10 observations personnelles. (*Thèse,* Paris.)

198. Cordonnier (D.) (Grenoble), février 1964. — La maladie périodique familiale. (*La Vie Médicale,* n° 45, 279-283.)

199. Vial (S.) et all., février 1964. — Periodic Mediterranean fever (periodic familial fever). Clinical case with necropsy study. (*Rev. Med. Chil.,* Espagne, 92 : 144-147.)

200. Nilsson (S.) et al., mars 1964. — Nine cases of hereditary and non hereditary periodic diseases. (*Acta Med. Scand.,* 175 : 341-346.)

201. Moure Couceiro (L.), mars 1964. — Periodic disease (Reimann's syndrome). (*Med. Esp.,* Espagne, 51 : 254-265.)

202. Mamou (H.) et al., 26 avril 1964. — Essai de traitement de la maladie périodique par les 19-norstéroïdes. (*Sem. Hôp. Paris,* 40 : 1218-1221.)

203. Siegal (S.), juin 1964. — Familial paroxysmal polyserositis. (*Ann. J. Med.,* 36, 6, 893-918.)

204. Frensdorff (A.) et al., août 1964. — Plasma proteins in F.M.F. (*Clin. Chim. Acta,* 10 : 106-113.)

205. Reimann (H.A.), 10 septembre 1964. — Hypothalamic-hypophyseal neural influence in periodic diseases. (*Ann. N. Y. Acad. Sci.,* 117 : 589-596.)

206. Bouchon, 18 février 1965. — La maladie périodique. (*Conférences d'Actualité Pratique de l'Hôpital d'Ivry,* Service du Docteur Vignalou.)

III) LA PERIODICITE EN GENERAL

207. Baruk (H.), 1959. — Traité de Psychiatrie. Chap. VI du 1er volume, p. 294.

208. Dubois (F.), août 1959. — Rhythms, cycles and periods in health and disease. (*Americ. J. Psychiatr.,* 116 : 114-119.)

209. Placidi (M.), décembre 1959. — « Rhythmic » phenomena in biology and pathology. Nyctohemeral rhythms. (*Maroc Med.,* 38 : 1618-1622.)

210. Richter (C.P.), 1960. — Biological clocks in medicin and psychiatry shock-phases hypotheses. (*Proc. Nat. Acad. Sci.,* 46 : 1506.)

211. Balaz (V.), 14 septembre 1963. — Periodic syndroms. (*Lancet,* 2 : 563-565.)

212. Cullen (K.S.), Mac Donald (W.B.), 3 août 1963. — The periodic syndrom : its nature and prevalence. (*Med. J. Aust.,* 50 (2) : 167-173.)

213. Sollberger (A.), 31 août 1963. — Biological rhythms in medicine. (*Hippocratis,* Allemagne, 34 : 629-641.)

214. Mac Govern (J.P.), janvier 1964. — On the circadian cycle in Medicine. (*Headache,* 3 : 127.)

215. Reimann (H.A.), 19 septembre 1964. — Perplexities of a periodic entity. (*J.A.M.A.,* 190 : 241.)

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre I. — Considérations générales sur la périodicité 12

Chapitre II. — La maladie périodique 16

Chapitre III. — Observation 23

Chapitre IV. — Commentaires 28

— *Etude des arguments diagnostiques* 28

— *Rapports, troubles somatiques - troubles psychiques dans la maladie périodique* 30

— *Problème nosographique soulevé par la maladie périodique* .. 34

Conclusions 39

Bibliographie 41

IMPRIMERIE R. FOULON & CIE, 29, RUE DEPARCIEUX, PARIS XIV^e^